

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

OBSERVATIONS DE LÈPRE DU LARYNX, DU PHARYNX
ET DU NEZ

Par le Dr **Eugène FELIX**, Docteur à l'Université de Bucarest.

Sur 36 cas de lèpre du larynx, du pharynx et du nez, que j'ai eu l'occasion d'observer, 20 concernent des hommes et 16 des femmes. La lèpre tuberculeuse a été rencontrée 11 fois, 13 fois la forme anesthésique et 12 fois la lèpre mixte. L'âge des malades a varié de 14 à 60 ans. La durée de la maladie, dès la manifestation du premier symptôme observé par les malades; jusqu'au moment de mon examen, a été de 2 à 26 ans.

Les lésions sont moins prononcées dans la lèpre anesthésique que dans la lèpre tuberculeuse. L'épistaxis, qui est une des premières manifestations de la lèpre nasale, n'a manqué que 12 fois.

La perforation ou destruction de la cloison nasale a été constatée dans 22 cas, dans trois de ces cas une partie du squelette osseux était atteinte. Deux fois, le voile du palais adhérait à la paroi postérieure du pharynx par cicatrisation vicieuse. Toutefois j'ai vu sur la langue des excroissances papilliformes; deux fois de grandes cicatrices étoilées s'étendaient de la voûte palatine à la luette et aux piliers. Les piliers antérieurs adhéraient aux piliers postérieurs dans deux cas. Les lèvres portaient des ulcérations chez un malade, chez un autre la luette adhérait au pilier antérieur gauche. La perforation de la voûte palatine, rare dans la lèpre, n'a jamais été rencontrée par moi.

Voici le sommaire de mes observations :

I. — J. Z., fille de 16 ans, lèpre mixte. Malade depuis 9 ans. A eu des épistaxis dès le début de la maladie, qui a débuté simul-

tanément sur la peau et le nez. *Facies leonina*, nez déformé, aplati, cartilage de la cloison perforé, sans être tout à fait détruit; les cornets inférieurs et moyens des deux côtés atrophiés et couverts de croûtes sanguines. Odorat moins développé qu'à l'état normal. Luvette détruite presque en totalité, sur la voûte palatine cicatrice blanche, étoilée, un tubercule occupe le tiers supérieur du pilier gauche antérieur. Langue couverte de tubercules séparés par des sillons profonds. Epiglote infiltrée, rigide, sur la partie supérieure de son bord libre on voit deux tubercules qui se réunissent pour fermer presque entièrement l'orifice laryngien. Voix éteinte, sensibilité de la muqueuse laryngienne diminuée.

II. — E. P., femme de 23 ans, non mariée, lèvre mixte. Malade depuis 6 ans. A eu souvent des épistaxis depuis cette époque. La partie postérieure de la cloison du nez est couverte de croûtes sanguines, sur sa portion antérieure on voit une perforation de la grandeur d'un pois. Sur les cornets inférieurs, ulcérations rondes, à fond irrégulier, recouvertes de croûtes sanguines. Luvette absente, sur la voûte palatine et les piliers antérieurs, cicatrices blanches, occupant toute la longueur des piliers. La muqueuse linguale présente quelques tubercules. Respiration stertoreuse, épiglote en oméga, infiltrée, couchée sur l'entrée du larynx, de sorte que l'air pénètre à peine par un petit espace.

III. — F. P., femme mariée, 35 ans, lèvre mixte, malade depuis 15 ans. Fréquemment enchâfrénée depuis 4 ans, ne se rappelle pas avoir eu d'épistaxis, respiration stertoreuse, enrôlée depuis 4 ans. Nez déformé, le cartilage de la cloison a presque entièrement disparu. Cornets inférieurs et moyens atrophiés, couverts de croûtes sanguines. La luvette et la partie inférieure du voile du palais ont été détruites par des ulcérations profondes. Epiglote infiltrée, déformée, replis ary-épiglottiques et cartilages aryténoïdes infiltrés. Abaissement de la sensibilité de la muqueuse nasale, pharyngienne et laryngienne.

IV. — M. P., 56 ans, célibataire. Lèvre anesthésique. Malade depuis 17 ans, ignore s'il a eu des épistaxis. Nez déformé, cloison perforée, muqueuse nasale anémiée, cornets inférieurs atrophiés, couverts de croûtes. Luvette détruite, le voile du palais adhère à la paroi postérieure, de sorte que le pharynx nasal n'est accessible qu'à travers une ouverture grande comme une noisette, muqueuse pharyngo-laryngée anesthésiée. Respiration stertoreuse, épiglote déformée, replis ary-épiglottiques et cartilages aryténoïdes infiltrés, corde vocale droite infiltrée convexe vers l'intérieur du larynx, raucité.

V. — C. G. Z., garçon de 14 ans. Lèpre tuberculeuse. Début de la maladie il y a 4 ans, depuis 2 ans épistaxis presque toutes les semaines. Le nez, déformé, présente des cicatrices à l'entrée des narines, de sorte que l'examen au speculum est assez difficile. Cloison perforée, muqueuse pâle, odorat conservé, sensibilité de la muqueuse diminuée. Muqueuse du pharynx anémiée, luette très réduite, du côté gauche du voile du palais l'infiltration très prononcée présente à son centre un tubercule de la grosseur d'un pois. Le goût est conservé, la voix rauque, la respiration stertoreuse. Muqueuse du larynx anémiée, jaunâtre, épiglote, cartilages aryténoïdes et replis ary-épiglottiques présentant plusieurs tubercules, mouvements des cordes vocales restreints. La sensibilité de la muqueuse du larynx persiste.

VI. — D. B., célibataire, 34 ans, atteint de lèpre mixte, malade depuis 12 ans. Epistaxis dès le début. Nez déformé à l'entrée des narines. Tubercules légèrement ulcérés, empêchant de voir l'intérieur du nez. Luette détruite, sur le pilier antérieur gauche grande ulcération occupant presque toute la surface, piliers postérieurs, infiltrés, déformés, rigides. A la partie supérieure du voile du palais, cicatrice longitudinale s'étendant jusqu'à la base de la luette. Le goût est altéré, la sensibilité intacte. Respiration stertoreuse. Deux excroissances papillomateuses sur la langue. Epiglote en forme d'oméga, infiltrée, couchée sur l'entrée du larynx, de sorte que l'air passe par une fissure assez étroite. Muqueuse laryngienne anémiée, sensibilité atténuée.

VII. — S. C. M., femme de 40 ans, mariée, lèpre tuberculeuse. Malade depuis 18 ans. Ne se rappelle pas avoir eu d'épistaxis. Le squelette du nez est intact, la muqueuse nasale et les cornets inférieurs et moyens atrophiés, injectés. Voûte palatine d'un blanc jaunâtre, pharyngite diffuse, granuleuse. Enrouement. Epiglote infiltrée, cordes vocales rouges, à surface rugueuse, muqueuse plus épaisse qu'à l'état normal.

VIII. — F. J. C., femme de 36 ans, mariée. Lèpre tuberculeuse. Début de la maladie il y a 18 ans. Saignements de nez depuis le début. Cloison cartilagineuse totalement détruite. La narine gauche est tellement réduite par la cicatrisation qu'elle laisse à peine passer la sonde. La narine droite un peu réduite de volume, à l'intérieur on voit la muqueuse atrophiée, recouverte de croûtes. La malade exhale une odeur désagréable. Une grande cicatrice blanche, étoilée, s'étend de la base de la luette, qui est très courte, à la voûte palatine et aux piliers antérieurs. Abolition de la sensibilité de la muqueuse. Base de la langue couverte

de tubercules jusqu'à l'épiglotte. Raucité, respiration stertoreuse.

L'épiglotte présente quelques tubercules fusionnés. Cartilages aryténoïdes et replis ary-épiglottiques infiltrés, muqueuse rouge, cordes tuméfiées. Sensibilité de la muqueuse du larynx entièrement abolie.

IX. — M. C., femme de 41 ans, non mariée. Lèpre anesthésique. Malade depuis 26 ans, a eu des épistaxis au début pendant une année. Cloison cartilagineuse détruite, muqueuse du nez atrophiée, croûtes sur les cornets inférieurs et moyens, cicatrice sur le cornet inférieur gauche. L'odorat est atténué, la sensibilité de la muqueuse persiste. Pharyngite diffuse, paroi postérieure du pharynx injectée. A l'union des piliers on voit deux cicatrices sur le voile du palais, luette hypertrophiée, de couleur rouge sombre. La muqueuse laryngienne présentant la même coloration est demeurée sensible, les cordes vocales sont rugueuses à la surface.

X. — S. S., femme de 40 ans, mariée. Lèpre anesthésique. Malade depuis 13 ans, ne se rappelle pas avoir eu de saignements de nez. Cloison intacte, de couleur rouge. Cornet inférieur droit infiltré. Muqueuse buccale décolorée, luette raccourcie, pharyngite diffuse. Muqueuse du larynx injectée, la paroi postérieure et les aryténoïdes sont tuméfiés. Intégrité de la sensibilité de la muqueuse nasale et laryngienne.

XI. — M. D. J., femme de 20 ans, célibataire, lèpre mixte. La maladie a débuté il y a 13 ans par des épistaxis. Nez aplati, les narines presque entièrement oblitérées par des cicatrices. Sur la voûte palatine grande cicatrice blanche. Les piliers antérieurs et postérieurs forment un funicule de couleur blanche, rigide, sensibilité absente. La langue présente à sa surface dorsale quelques tubercules, le goût est aboli. Respiration stertoreuse, voix presque éteinte. L'épiglotte en forme d'oméga, déformée, infiltrée, cache l'entrée du larynx, de sorte qu'on distingue à peine les aryténoïdes infiltrés.

XII. — M. V., femme de 28 ans, non mariée, lèpre anesthésique. Malade depuis 15 ans. Ne sait si elle a eu des épistaxis. Sur la cloison du côté droit ulcération grosse comme un pois couverte de croûtes, sur le cornet inférieur du même côté infiltration avec commencement d'ulcération, muqueuse blanche, atrophiée. Muqueuse du pharynx blanche, pharyngite sur la paroi postérieure. Cartilages aryténoïdes et replis ary-épiglottiques injectés, cordes vocales normales.

XIII. — G. T., 25 ans, marié. Lèpre mixte. Début de l'affection il y a 3 ans. Depuis un an épistaxis fréquentes, respiration nasale difficile. Disparition de la cloison cartilagineuse, hypertrophie des os propres du nez, nez aplati, plis naso-labiaux très prononcés. Muqueuse nasale du côté droit décolorée, sur les cornets inférieurs tubercules, qui commencent à s'ulcérer à droite. Ulcérations rondes, superficielles, sur les lèvres. Pilier droit détruit à sa base. Tubercules à la surface de la langue, goût et sensibilité non altérés. Raucité depuis un an. L'épiglotte présente trois tubercules sur son bord libre. Muqueuse pâle, cordes vocales infiltrées, ayant perdu leur forme primitive, tubercules sur les aryténoïdes.

XIV. — D. N., 32 ans, marié. Lèpre anesthésique. Malade depuis 5 ans. N'a jamais eu d'épistaxis. Muqueuse nasale décolorée, du côté droit la cloison présente deux petites ulcérations, cornets inférieurs atrophiés, couverts de croûtes. Muqueuse pharyngienne pâle, sur la paroi postérieure pharyngite diffuse. Epiglotte infiltrée, de même que les cartilages aryténoïdes.

XV. — T. P., 60 ans, célibataire. Lèpre anesthésique. Malade depuis 20 ans. N'a pas eu d'épistaxis. Cartilage de la cloison perforé; croûtes adhérent aux cornets inférieurs et moyens. La muqueuse buccale blanche, sur le voile du palais vers la base de la luette, cicatrice de 2 à 3 centimètres de long. Les piliers postérieurs présentent de même chacun une cicatrice vers la partie supérieure. Goût et sensibilité intacts. Epiglotte grosse, rigide, muqueuse injectée.

XVI. — T. G., 28 ans, veuf. Lèpre tuberculeuse. Malade depuis 6 ans, épistaxis dès le début. Cartilage de la cloison détruit, couvert de croûtes au bord des os propres, cornets atrophiés. Odorat diminué. Les bords des narines sont infiltrés. Sur la voûte palatine et le voile du palais on voit des tubercules confluents. La face de la langue présente plusieurs excroissances papilliformes. Depuis 3 ans le malade est enrôlé. L'épiglotte est rigide, infiltrée, de sorte qu'on ne peut la relever avec la sonde.

XVII. — P. D., 41 ans, non mariée. Lèpre anesthésique. Malade depuis 10 ans, épistaxis de temps à autre. Sensibilité de la muqueuse nasale et buccale intacte; perforation étendue sur la partie antérieure de la cloison, muqueuse nasale atrophiée, couverte de croûtes. La malade exhale une odeur désagréable. La luette présente un commencement d'ulcération, muqueuse buccale blanche. Goût et sensibilité de la langue conservés. L'épiglotte infiltrée adhère par sa partie moyenne à la base de la langue. Cartilages aryténoïdes infiltrés, cordes vocales rouges.

XVIII. — J. D., femme de 50 ans, célibataire. Lèpre tuberculeuse. Malade depuis 12 ans. Ne se rappelle pas avoir eu d'épistaxis. Partie antérieure de la cloison perforée, muqueuse atrophiée, décolorée, en grande partie couverte de croûtes. Sensibilité peu atteinte. A la base de la luvette, cicatrice ronde, blanche, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Le pilier droit antérieur présente une cicatrice, occupant presque toute la longueur. Muqueuse buccale blanche. Voix enrrouée. Epiglote infiltrée, déformée. Cordes vocales infiltrées, blanches, tubercules sur les cartilages aryénoïdes.

XIX. — E. P., 20 ans, non mariée. Lèpre mixte. Malade depuis 10 ans. Epistaxis depuis 6 ans. Les narines sont rétrécies par des cicatrices, sur la cloison, des tubercules, muqueuse atrophiée. Sur la voûte palatine on voit une grande cicatrice étoilée, qui envoie des ramifications le long des piliers postérieurs. Muqueuse buccale blanche, dont la sensibilité est abolie. Epiglote infiltrée, déformée, tubercule sur la bande ventriculaire gauche; cartilages aryénoïdes infiltrés, hypertrophiés.

XX. — P. M., 44 ans, mariée. Lèpre anesthésique. Début de la maladie il y a 16 ans, épistaxis très rares. Nez épaté. La cloison présente de petites ulcérations, muqueuse atrophiée, couverte de croûtes. Muqueuse décolorée, le pilier droit antérieur portant une infiltration grosse comme un pois. Muqueuse pharyngienne complètement anesthésiée. Muqueuse laryngée injectée.

XXI. — S. Z., âgée de 50 ans, mariée. Lèpre mixte. Malade depuis 14 ans. Saignements de nez au début. Cloison intacte; racine du nez tuméfiée, cornets moyens hypertrophiés, muqueuse pâle, cornets inférieurs couverts de croûtes. Muqueuse du pharynx atrophiée, granulations sur la paroi postérieure. Epiglote rigide.

XXII. — S. M., garçon de 16 ans. Lèpre tuberculeuse. Début de la maladie il y a 5 ans. Epistaxis pendant les premières années. Nez aplati, cloison cartilagineuse absente, muqueuse nasale blanche, couverte de croûtes, sensibilité altérée. La muqueuse buccale pâle, sur la voûte palatine cicatrice étoilée du côté gauche à pris union avec la voile, à droite infiltration de 3 centimètres de diamètre. Goût conservé. Muqueuse laryngienne blanche. Epiglote et aryénoïdes infiltrés, surface des cordes vocales rugueuse. Enrouement.

XXIII. — L. V., 32 ans, célibataire. Lèpre anesthésique. Malade depuis 20 ans. Cloison du nez intacte, muqueuse atrophiée, couverte de croûtes. Pharyngite diffuse, sensibilité conservée. Epiglote infiltrée, cordes vocales normales.

XXIV. — J. S., 26 ans, non marié. Lèpre anesthésique. Malade depuis 6 ans. Epistaxis au début. Nez en lorgnette. Le malade exhale une odeur pénétrante. Le cartilage de la cloison a disparu, sur les cornets inférieurs atrophiés, ulcérations, le nez rempli de croûtes. Sensibilité absente. Voix éteinte. L'épiglotte en forme d'oméga porte une petite ulcération sur son bord libre. Cartilages, aryténoïdes et replis ary-épiglottiques infiltrés. Cordes vocales hypertrophiées, la gauche excavée dans son tiers postérieur, la droite présente une infiltration qui part de la surface de la bande ventriculaire correspondante. La sensibilité de la muqueuse laryngienne fait complètement défaut.

XXV. — G. P., 35 ans, marié. Lèpre anesthésique. Début de la lèpre il y a 5 ans. N'a jamais eu d'épistaxis. Odorat aboli. Cloison intacte, ulcération sur le cornet moyen gauche, nez rempli de croûtes sanguines, respiration nasale supprimée. Sensibilité intacte. Voûte palatine blanche. Le pharynx présente une rougeur diffuse sur la paroi postérieure et les piliers, coloration contrastant avec celle de la voûte. Goût conservé. Epiglotte et cartilages aryténoïdes infiltrés.

XXVI. — N. O., 36 ans; marié. Lèpre mixte. Malade depuis 6 ans. Epistaxis pendant les premières années, qui ont cessé depuis que le nez est déformé. Cloison cartilagineuse détruite, muqueuse atrophiée, couverte de croûtes. La luette adhère au pilier gauche antérieur, muqueuse blanche. Sur la voûte palatine, cicatrice blanche, étoilée, s'étendant aux piliers antérieurs, immobiles, et rigides. Sensibilité abolie. Sur le larynx quelques excroissances papilliformes, goût altéré; sensibilité de la langue intacte. Voix presque totalement éteinte. Respiration stertoreuse. L'épiglotte, hypertrophiée, présente sur son bord libre quelques tubercules confluent; elle est couchée sur l'entrée du larynx de sorte que l'air ne passe qu'à travers une fissure étroite.

XXVII. F. P., fillette de 15 ans. Lèpre tuberculeuse. Malade depuis 6 ans. Depuis 5 ans épistaxis. Nez en lorgnette. Narines très réduites, la gauche grande comme un pois, la droite un peu plus large. Muqueuse buccale décolorée, sensibilité conservée; luette absente. La surface de la langue est parsemée de tubercules séparés par des sillons profonds. Goût et sensibilité de la langue conservés. Voix éteinte, respiration stertoreuse. Epiglotte infiltrée, rigide, couchée sur l'orifice laryngien.

XXVIII. — J. P. S., 19 ans; atteint de lèpre anesthésique. Malade depuis 4 ans. Nez aplati. Les narines sont tellement atrophiées qu'on ne peut introduire un speculum. Jamais d'épistaxis.

L'amygdale droite présente à son centre une infiltration proéminente. La muqueuse du pharynx dont la sensibilité est conservée est érythémateuse. Muqueuse du larynx rouge, l'épiglotte et les cartilages aryténoïdes présentent un commencement d'infiltration. Cordes vocales normales. Sensibilité du larynx conservée.

XXIX. — V. B., 31 ans, célibataire. Lèpre mixte. Malade depuis 40 ans. Epistaxis répétées depuis 2 ans. Nez déformé. Destruction de la cloison cartilagineuse et d'une partie de la cloison osseuse, muqueuse rouge, couverte en grande partie de croûtes. Sensibilité intacte. La voûte palatine porte une grande cicatrice étoilée. Le voile du palais adhère à la paroi postérieure, de sorte que le pharynx nasal n'est accessible que par une petite ouverture. Le goût et la sensibilité de la langue ne sont pas troublés. Voix légèrement enrouée. L'épiglotte présente sur sa surface laryngée quelques petits tubercules, elle est infiltrée. Muqueuse du larynx blanche. Les cordes vocales infiltrées ont perdu leur mobilité. Sensibilité de la muqueuse laryngée persistante.

XXX. — J. S., 50 ans, marié. Lèpre mixte. Malade depuis 3 ans. Fréquentes épistaxis depuis 2 ans. Nez déformé, le cartilage de la cloison a disparu. Cornets inférieurs et moyens atrophiés. Le malade ne peut respirer par le nez, obstrué par des croûtes. Sensibilité de la muqueuse abolie. Muqueuse buccale pâle, luette absente sur la voûte palatine, trois ulcérations superficielles. Pilier droit postérieur perforé en deux endroits, de sorte qu'il ne tient que par deux cordes minces. Le goût est conservé, la sensibilité de la langue abolie. La voix est enrouée, la respiration stertoreuse. L'épiglotte infiltrée, tellement rigide, qu'on ne peut la soulever avec la sonde, cache l'entrée du larynx, de sorte qu'on distingue à peine les aryténoïdes infiltrés. Abolition de la sensibilité de la muqueuse laryngée.

XXXI. — N. S., 25 ans, célibataire. Lèpre mixte. Malade depuis 4 ans. Epistaxis et coryzas répétés. Nez déformé. Muqueuse du pharynx anémiée. Sur le pilier gauche postérieur on voit trois ulcérations, peu profondes, aux bords élevés, ovales, ne suppurant pas. Goût et sensibilité de la langue conservés. L'épiglotte présente deux tubercules sur son bord libre. Muqueuse laryngienne blanche; cartilages aryténoïdes infiltrés.

XXXII. — R. T., 34 ans, non marié. Lèpre anesthésique. Malade depuis 6 ans, n'a jamais eu d'épistaxis. Odorat conservé. Muqueuse nasale blanche, tuméfiée sur les cornets moyens. Sensibilité persistante des muqueuses nasale, buccale et laryngienne. Nez déformé, avec extrémité déviée à droite. Le pharynx est le

siège d'un érythème diffus, plus prononcé sur la paroi postérieure. Epiglotte peu infiltrée. Cordes vocales et cartilages aryténoïdes normaux.

XXXIII. — C. S., 28 ans, célibataire. Lèpre tuberculeuse. Malade depuis 11 ans. Jamais d'épistaxis. Narine droite réduite par la cicatrisation. Cartilage de la cloison détruit. Muqueuse nasale blanche, cornets inférieurs et moyens atrophiés. Odorat et sensibilité conservés. La muqueuse buccale, surtout celle de la voûte palatine décolorée, anémiée. Goût et sensibilité conservés, luette hypertrophiée. La malade est enrouée depuis des années. Epiglotte en forme d'oméga, rigide, infiltrée, à l'inspiration forcée on voit à peine les aryténoïdes rouges, augmentés de volume. Sensibilité du larynx conservée.

XXXIV. — J. R., 26 ans, marié. Lèpre tuberculeuse. Epistaxis depuis 6 ans, les manifestations cutanées ne sont apparues qu'il y a deux ans. Nez en lorgnette. Narine droite très réduite par une cicatrice, odorat et sensibilité de la muqueuse nasale conservés. Le cartilage du nez et une partie de la cloison osseuse ont disparu. Muqueuse des cornets moyens et inférieurs atrophiée, nez rempli de croûtes sanguines, qui saignent au moindre contact de la sonde. Le goût et la sensibilité de la langue sont conservés. Sur la voûte palatine on observe une infiltration diffuse et quelques petites ulcérations. Les piliers antérieurs et postérieurs hypertrophiés sont adhérents surtout du côté gauche. Muqueuse buccale anémiée. Le malade est enroué depuis 2 ans. Epiglotte grosse, sur le bord libre du côté droit, on voit un tubercule gros comme une noisette. Aryténoïdes infiltrés surtout le droit, de même que les replis ary-épiglottiques.

XXXV. — H. P., 18 ans, célibataire. Malade depuis 8 ans. Lèpre tuberculeuse. A eu des épistaxis pendant quelques mois au début. Les dimensions des narines sont tellement réduites, que la sonde passe avec peine, il est impossible d'examiner le nez. La sensibilité de la muqueuse nasale est conservée, elle saigne légèrement quand on introduit la sonde. Langue couverte de tubercules, qui à la base atteignent la dimension d'une noisette. Goût et sensibilité de la muqueuse buccale conservés.

Voûte palatine décolorée, occupée par une infiltration diffuse, envahissant toute la région à partir de l'arcade dentaire. Luette raccourcie. Sur le tiers supérieur des piliers postérieurs on voit de chaque côté une ulcération grosse comme un pois. Les piliers sont infiltrés, la paroi postérieure vascularisée, la muqueuse atrophiée présente quelques granulations. La sensibilité de la mu-

queuse buccale subsiste encore en partie. Epiglote en forme d'oméga, aryténoïdes et replis ary-épiglottiques infiltrés. La muqueuse laryngienne jaune comme de la cire a conservé sa sensibilité.

XXXVI. — P. M., 19 ans, non mariée. Lèpre tuberculeuse. Malade depuis 3 ans, a eu souvent au début des épistaxis. Odorat et sensibilité de la muqueuse nasale conservés. Cartilage de la cloison détruit en totalité, narines réduites par la cicatrisation. Muqueuse nasale blanche, cornets atrophiés, fond du nez couvert de croûtes.

Sur la voûte palatine une cicatrice débute sur la partie médiane de l'union du voile du palais à la voûte, s'étend jusqu'à la luette, et descend sur les piliers postérieurs rigides. La sensibilité de la muqueuse buccale blanche est conservée. Paroi postérieure du pharynx anémiée. La malade est enrôlée depuis 2 ans. L'épiglotte déformée, infiltrée, immobile, cache l'orifice du larynx. La sensibilité de la muqueuse laryngée persiste.

QUELQUES NOTIONS UTILES D'ANATOMIE COMPARÉE DU PHARYNX CHEZ LES VERTÉBRÉS

Par le Dr C. CHAUVEAU.

Cette étude qui pourrait un peu étonner dans le cadre de cette revue nous a paru justifiée par cette considération que l'anatomie comparée du pharynx éclaire certains points obscurs d'embryologie de cet organe et permet de saisir plus nettement les rapports étroits qui unissent le pharynx à l'appareil respiratoire.

Chez tous les vertébrés, inférieurs ou supérieurs, le pharynx demeure un organe à fonctions mixtes, concourant à la fois à la respiration et à la digestion. Toutefois, son aspect et ses connexions anatomiques varient considérablement suivant que l'animal respire à l'aide de poumons ou de branchies. C'est surtout en raison des profondes variations de ces appareils de l'hématose que le pharynx se modifie. En effet, les aliments suivent, en somme, toujours la même route chez les vertébrés ; après l'orifice buccal vient la bouche proprement dite, puis le pharynx et enfin l'œsophage plus ou moins différencié. Mais il en est tout autrement de l'air si l'on passe d'une classe à l'autre des vertébrés.

I. — PHARYNX CHEZ LES VERTÉBRÉS BRANCHIAUX

1. *Acraniotes.*

Tout au bas de l'échelle, chez l'amphioxus ou branchiostome — dont, comme on sait, tout le système nerveux central est représenté par la moelle — le pharynx constitue dans la

plus grande partie de son étendue l'appareil respiratoire lui-même. L'organe est transformé en une chambre branchiale dont la disposition anatomique est absolument analogue à celle des *tuniciers*.

Ceux-ci, suivant les opinions actuelles, semblent du reste vraisemblablement une dégradation encore plus marquée du type vertébré. La moelle, au lieu d'exister sur toute la hauteur du corps, ne se retrouve plus que dans la portion caudale, laquelle disparaît même chez beaucoup d'ascidies lorsque l'animal devient adulte.

La branchie de ces *tuniciers* ne dérive plus du tégument externe, comme celle des invertébrés véritables; elle est déjà nettement une dépendance du tube digestif dont la partie initiale s'adapte à la respiration et se modifie en conséquence. Ainsi que chez les poissons, l'eau destinée à l'hématose pénètre par l'ouverture buccale, et, lorsqu'elle a échangé ses gaz avec le liquide sanguin, elle en sort également par des fentes qui existent sur les parties latérales du pharynx. Mais c'est la muqueuse pharyngienne elle-même, très vascularisée et revêtue d'un épithélium mince et très perméable, qui permet à l'acide carbonique de s'échapper et à l'oxygène de venir prendre sa place.

L'appareil respiratoire de l'*amphioxus* est absolument identique. Le pharynx est énorme, relativement à la taille de l'animal. L'orifice antérieur assez étroit est capable de se fermer grâce à un sphincter. L'orifice postérieur diamétralement opposé au précédent conduit dans l'œsophage. Cette ouverture œsophagienne se continue en haut avec la gouttière postérieure du pharynx appelée endostyle comme chez les ascidiens; c'est cette gouttière que suivent de préférence les aliments. Le pharynx est suspendu dans une cavité qui est absolument l'analogue de la poche péribranchiale des *tuniciers*; aussi est-elle nommée également cavité atriale. L'ensemble peut être comparé à deux sacs emboîtés l'un dans l'autre, le premier constitué par les parois du pharynx, le deuxième par celles des téguments. C'est dans la cavité atriale qu'arrive l'eau chassée du pharynx après l'hématose; elle y pénètre par les fentes branchiales et se trouve ainsi dans un vaste espace di-

visé en deux moitiés symétriques, droite et gauche, par une cloison médiane : l'eau s'échappe alors par les pores de l'atrium. Les fentes branchiales que nous avons signalées en avant du pharynx découpent ses parois en bandes parallèles ou travées qui sont réunies entre elles par des poutrelles transversales ; ce qui donne à l'ensemble l'aspect d'un treillis. Toute la cavité pharyngienne est tapissée par un épithélium à cils vibratiles qu'on ne retrouve que chez ces vertébrés acraniotes et dont le rôle est probablement de faire cheminer l'eau jusqu'au fond de l'organe.

2. *Cyclostomes.*

Le pharynx des cyclostomes ressemble davantage à celui des autres vertébrés. L'hématose se fait non pas dans sa cavité proprement dite, mais bien dans des diverticules qui en proviennent ainsi que le démontre l'embryologie. Il y a donc déjà division du travail physiologique.

On voit de plus apparaître une langue, organe qui, jusqu'ici, avait fait totalement défaut. Ceci est d'autant plus intéressant que la langue, très peu développée chez les poissons cartilagineux, disparaît à peu près chez les téléostéens.

Autre marque de supériorité du pharynx de ces cyclostomes pourtant si rudimentaire — car leur rachis est encore réduit à la corde dorsale — des fossettes olfactives apparaissent en avant du museau. Chez les myxinoïdes, on trouve même en arrière des capsules olfactives un conduit qui vient déboucher du reste à la partie tout à fait antérieure de la cavité buccopharyngée. Cette communication ne se retrouvera que chez les batraciens, si l'on fait abstraction du lépidosirén, poisson dipneuste dont l'organisation est si élevée qu'on l'a confondu longtemps avec ces mêmes batraciens.

Mais malgré ces caractères de supériorité du pharynx des cyclostomes, il lui reste une marque très accusée d'infériorité ; car ces animaux ne possèdent pas encore ces arcs branchiaux que présentent tous les autres vertébrés, soit à l'état adulte, soit au moins pendant leur existence embryonnaire.

Le pharynx s'étend chez les cyclostomes depuis les capsules

auditives jusqu'à l'extrémité du piston lingual. Si l'on pratique une coupe antéro-postérieure de cette cavité, ce qui permet de l'étudier d'une façon très avantageuse, on découvre un canal très étroit dont l'extrémité supérieure est appliquée contre la base du crâne et dont l'extrémité inférieure correspond au piston lingual. A ce niveau, le pharynx aboutit en bas à l'œsophage qui se distingue par son calibre plus étroit. Sur les parties inférieures et latérales sont situées les poches branchiales dont le nombre varie selon qu'il s'agit d'une lamproie ou d'une myxine. Ces poches communiquent avec le pharynx soit isolément, soit à l'aide d'un canal commun appelé aqueduc. Elles sont en rapport, d'autre part, avec l'extérieur par un conduit qui débouche sur la peau. Les cavités branchiales peuvent alternativement se resserrer et se dilater. Cette fonction est très importante pour la survie de l'animal quand celui-ci s'est fixé à l'aide de sa ventouse buccale, amorcée par le piston lingual, sur un corps étranger ou sur une proie. L'eau ne pourrait plus pénétrer dans le pharynx et de là, dans les branchies, si n'intervenait pas cette disposition complémentaire. Chez les myxines, le liquide peut encore pénétrer dans la cavité buccopharyngée grâce à la communication située entre les capsules olfactives et la cavité buccale, communication que ne possède pas la lamproie. Ici l'hématose peut continuer de s'effectuer grâce au mouvement d'expansion et de retrait des poches branchiales qui fait entrer et sortir l'eau par les orifices externes.

Le pharynx des cyclostomes est encore très intéressant à étudier pendant la période embryonnaire ; car il semble posséder alors une portion préorale qui viendrait s'ouvrir tout à fait au début de l'existence un peu au-dessus de la bouche. Si l'on en croit en effet Kupfers (*ergebniise der anatomie*, II vol., p. 513, 538), l'hypophyse ne serait autre chose qu'un reste de la bouche ancestrale que nous venons de signaler. Ajoutons que chez les cyclostomes comme chez le reste des poissons et chez les amphibiens, la structure des parois du pharynx est très simple. On ne trouve guère que deux couches de cellules pavimenteuses, stratifiées, reposant sur une sorte de membrane fibreuse. Les éléments musculaires

sont encore très peu nombreux. Il n'y a pas de glandes. Celles-ci pourraient du reste sembler inutiles à des animaux aquatiques dont la nourriture est forcément presque diffluyente.

3. *Elasmobranches.*

Les poissons cartilagineux (élasmodontes ou chondroptérogènes) si remarquables par le développement de leur système nerveux (cerveau volumineux, déjà légèrement plissé, gros cervelet, chiasma des nerfs optiques) et de leur système génital (carcharias vipères à œuf muni de véritables cotylédons utérins et fœtaux) ont un pharynx inférieur par certains côtés à celui des lamproies. Ainsi, il n'y a qu'une langue rudimentaire collée contre la paroi ventrale et dont l'extrémité antérieure seule est libre. Leurs fossettes olfactives ne s'ouvrent pas plus que celles des ganoïdes et des poissons osseux (téléostéens) dans le tube digestif et restent à l'état de cœcum. Par contre, bien que les branchies forment encore, non pas une poche unique (téléostéens) mais une série de cavités distinctes, les arcs branchiaux commencent à apparaître; les chambres branchiales prennent de l'amplitude et se cloisonnent pour augmenter la surface de l'hématose. Chez la raie, l'acanthias et la chimère, l'eau peut pénétrer directement dans le pharynx par une ouverture appelée évent et placée au-dessous de l'œil. De plus, la musculature est déjà assez développée. Enfin, les élasmodontes présentent des diverticules pharyngés qui, chez les vertébrés terrestres, prendront un développement extrême. Nous voulons parler de la vessie natatoire qui se transformera en poumon chez les dypnoï et chez les amphibiens. Simples ou doubles, ces vessies viennent s'ouvrir nettement à la partie inférieure du pharynx. Leur développement est très variable et certains sélaciens en sont privés. La muqueuse pharyngée tapissée par un épithélium pavimenteux est recouverte de dents dérivées de cet épithélium. Ces dents ont une forme très variable; on les retrouve dans toutes les parties de la cavité buccopharyngée, même dans ses portions inférieures. Elles n'ont pas de racines et s'appuient en général sur des pièces cartilagineuses (arcs branchiaux).

4. *Téléostéens.*

Les téléostéens, sauf les cyprins, n'ont plus de langue. D'autre part, la vessie natatoire, quand elle existe, s'ouvre dans les points les plus divers du tube digestif depuis le pharynx jusqu'au cloaque ; mais un certain nombre d'entre eux ne présentent même plus ces connexions. Par contre, chez les ganoïdes qui relient les téléostéens aux élasmobranches, l'appareil hyoïdien prend un développement considérable ; c'est eux qu'il faut étudier pour comprendre ce que sont ces arcs branchiaux et ces fentes branchiales que ne présentent plus les amniotes adultes, mais que possèdent encore leurs embryons. Les arcs branchiaux sont au nombre de cinq. Ils sont parallèles et s'étagent d'avant en arrière (le poisson étant horizontal, on compte d'avant en arrière et non de haut en bas comme chez l'homme). Ils se soudent en haut (en arrière chez l'homme) à la colonne vertébrale. Enfin leur concavité est tournée vers le pharynx dont la muqueuse les tapisse. Des sortes de crochets empêchent la pénétration des corps étrangers à travers les fentes branchiales ou respiratoires. La partie convexe de ces arcs soutient les lames branchiales où sont situés les vaisseaux destinés à l'hématose. Ajoutons que le pharynx dans sa disposition générale et sa structure rappelle absolument ce qui se passe chez les élasmobranches.

5. *Batraciens.*

Les batraciens urodèles qui conservent leurs branchies et les batraciens anoures, dont seuls les têtards sont pourvus de ce mode respiratoire, ont un pharynx et des arcs branchiaux absolument identiques à ceux des téléostéens. Ceci ne saurait surprendre quand on sait combien ces vertébrés, confondus autrefois à tort avec les reptiles, ont conservé les caractères dits ichthyôïdes, notamment de petites dents aiguës à la surface du pharynx.

A partir des reptiles et des batraciens anoures la présence des arcs branchiaux n'a lieu que pendant la vie embryonnaire. A cette période de leur existence, on voit du reste se produire

chez les vertébrés amniotes (reptiles, oiseaux, mammifères) des arcs branchiaux et même des ébauches de fentes branchiales qui ont la même situation et les mêmes connexions anatomiques que leurs homologues rencontrés chez les vertébrés inférieurs. Mais beaucoup de ces vestiges de la vie aquatique primitive ne tardent pas à disparaître par résorption, probablement sous l'action destructive des phagocytes. Quelques-uns cependant persistent grâce à un changement de fonctions. La première fente branchiale, par exemple, se transformera à un certain moment de la vie embryonnaire en caisse du tympan, trompe d'Eustache, conduit auditif externe. De telle sorte que l'organe auditif du reptile et du batracien anoure se complique non seulement d'une oreille interne, mais encore d'une oreille moyenne et d'un rudiment d'oreille externe. Chez les mammifères, d'autre part, ces fentes peuvent persister anormalement et déterminer des diverticules pharyngiens, des kystes congénitaux séreux du cou.

II. — PHARYNX CHEZ LES VERTÉBRÉS PULMONÉS

Un certain nombre de vertébrés servent pour ainsi dire de transition entre la classe précédente et celle-ci, puisqu'ils possèdent à la fois branchies et poumons. Ce sont les dipnoï et les batraciens.

1. *Dipnoï.*

Chez les dipnoï, poissons qui vivent une partie de l'année dans la vase desséchée et qui doivent, par conséquent, s'accommoder à la respiration aérienne, on voit apparaître un mode tout nouveau d'hématose et un viscère spécial pour la réaliser, le poumon. Ce viscère, très simple chez le cératodus où il n'est qu'une vessie nataoire à peine transformée, plus compliqué chez le lépidosirèn où il se rapproche du poumon véritable, vient s'aboucher par un tube très court et comme rudimentaire à la partie inférieure de l'œsophage ainsi que la vessie nataoire de beaucoup de poissons ganoïdes.

2. *Batraciens.*

Chez les batraciens, la trachée et le larynx commencent à s'affirmer. Au lieu d'un canal extrêmement court qui ne se bifurque même pas (*ceratodus*) les batraciens urodèles (amphibiens) présentent un conduit plus long dans les parois duquel apparaissent des pièces cartilagineuses paires et symétriques qui semblent les homologues des aryténoïdes des vertébrés supérieurs : ce conduit s'ouvre beaucoup plus haut que chez les dypnoï.

Le pharynx est spacieux comme la bouche avec laquelle il semble d'ailleurs confondu. La langue reparait large, étalée et fait une saillie considérable ; l'œsophage est gros et court.

Des recherches récentes du plus haut intérêt paraissent restituer au pharynx des batraciens son rôle respiratoire direct. Wilder, Camerano et Somberg avaient fait connaître des amphibiens sans poumons, ce qui n'a point trop lieu d'étonner, étant donné l'importance considérable de la respiration cutanée chez ces animaux. Camerano cite de plus, comme remplaçant l'organe habituel de l'hématose, la respiration buccopharyngée. En effet, comme le montre Heydig (*Vascularites Epithel*, *Archiv. für microscopische Anatomie*, LII, 1898, p. 152, 153), les capillaires sanguins viennent affleurer dans l'épithélium lui-même, et cette disposition est encore plus accentuée que pour l'épiderme de la peau. Maurer (*Blutgefasse in Epithel. Morphologisches Jahrbuch*, XXV, 2^e partie, p. 190, 1897) a même retrouvé chez la *rana temporaria* et *exculenta*, chez le *bufo communis*, chez l'*Phyla viridis*, la *salamandra maculata* et le triton alpestre un véritable réseau sanguin intra épithélial, c'est-à-dire aussi superficiellement placé que possible pour l'échange des gaz du sang. Il est vrai que Joseph (*Arch. f. microscop. Anat.*, 1898, p. 167 à 176) nie que ce réseau ait l'importance et la disposition que lui assigne Maurer.

Ajoutons que les fossettes olfactives débouchent dans le tube digestif, mais tout à fait en avant en perforant la voûte palatine et que chez les batraciens anoures apparaît l'oreille

moyenne, laquelle s'ouvre dans la partie supérieure du pharynx par une trompe courte et large.

3. *Reptiles.*

Les reptiles proprement dits (sauriens, chéloniens, ophiidiens) ont un pharynx qui commence derrière l'isthme encore dépourvu de voile. C'est un entonnoir très court, qu'entoure la saillie du muscle gastrique, et qui envoie en haut des prolongements vers les cavités tympaniques. Cet entonnoir dont la trachée légèrement courbée occupe la ligne ventrale médiane, présente des plis intérieurs longitudinaux formés par la muqueuse. Resserré en arrière par la saillie des muscles grands droits antérieurs de la tête, il s'insinue entre eux sous la forme d'une sorte de hernie qui vient s'appliquer sur la colonne vertébrale. Les capsules olfactives sont beaucoup plus développées que chez les vertébrés précédents ; leur communication en arrière avec le tube digestif que présentent déjà les batraciens anoures se perpétue ici. La pénétration des corps étrangers dans les fosses nasales est rendue difficile par la présence de papilles cornées en forme de crochet. Mais les choanes sont encore très antérieures et perforent la voûte palatine. L'orifice du larynx est relativement très bas. Il n'est toujours pas défendu par une épiglote, mais néanmoins les voies aériennes sont suffisamment protégées par les contractions d'une glotte déjà puissante.

4. *Crocodiliens.*

Chez les crocodiliens, le pharynx est à peu près ce qu'il est chez les autres reptiles. Cependant, on trouve au niveau de l'isthme et de l'orifice supérieur du larynx des sortes de plis qu'on a regardés comme les homologues du voile et de l'épiglotte. Les fossettes olfactives vont en outre s'ouvrir tout à fait en arrière dans le pharynx et à la place habituelle des choanes.

5. *Oiseaux.*

Les oiseaux, dont le type reptilien est si accusé qu'on les réunit aux reptiles, dans la grande classe des sauropsidés,

nous présentent un pharynx peu différent de celui que nous venons de décrire. En arrière des choanes, placées comme chez les crocodiliens tout à fait à la partie postérieure, est situé l'orifice en forme de fente de la trompe. Des papilles défendent l'entrée des fosses nasales et empêchent le reflux des aliments de bas en haut. Enfin, vers la base de la langue, on trouve un amas glandulaire très important qui marque les limites supérieures de l'œsophage. La portion du tube aérien qui débouche dans le pharynx est constituée par une fente étroite défendue par la glotte. Ce larynx supérieur est très simple : car le larynx vocal des oiseaux se trouve plus bas, au niveau de la bifurcation de la trachée.

6. *Mammifères.*

Chez les mammifères, le pharynx se sépare nettement de la bouche. L'apparition du voile de l'épiglotte et des amydales lui donne déjà une conformation qui rappelle celui de l'homme. Cependant ici encore une existence spécialisée (vie aquatique) ou des causes jusqu'ici inconnues donnent parfois à ces nouveaux organes un aspect au premier abord fort différent (cétacés, ru minants, carnassiers).

On sait que les plus inférieurs de ces mammifères sont les monotrèmes ou ornithodelphes, dont la structure interne rappelle par tant de côtés celle des oiseaux, et les marsupiaux ou didelphes privés de placenta et dont la maturation de l'embryon se fait au dehors dans une poche ventrale bien connue.

La langue des *monotrèmes*, d'abord mince et allongée se renfle considérablement en arrière en une saillie analogue au lobe intermolaire de certains rongeurs (*hesperomys*). A l'union des deux portions de cet organe existe sur la face dorsale deux papilles cornées en forme de crochets. Le voile du palais, large et épais, se divise en arrière en trois segments. L'épiglotte très large aussi et assez haute est bifide à son sommet. Enfin le calibre du pharynx est très étroit et encore rétréci en bas par la saillie considérable que font en arrière les cartilages thyroïdes.

Les *marsupiaux* présentent beaucoup de variétés dans la

conformation du pharynx, suivant l'espèce animale. Ainsi, chez le wombat et le koala, la racine de la langue est circonscrite par un sillon profond qu'on ne rencontre pas chez les autres didelphes. Le kangourou et le koala ne possèdent à la partie postérieure de la langue qu'une papille caliciforme unique et très volumineuse. Le *dasyurus viverrinus* en présente trois, disposées, en triangle en avant de l'épiglotte. Le voile du palais est assez développé, mais semble se prolonger beaucoup plus en avant que chez les autres mammifères, parce que le palais osseux offre, comme chez le hérisson, des solutions de continuité parfois fort accentuées en arrière, sous la forme de trous ou de fentes. On trouve sur la voûte palatine de beaucoup de marsupiaux des rides transversales très accusées qui servent, suivant Owen, à empêcher les insectes dont ils se nourrissent de s'échapper. L'épiglotte est peu allongée, mais très large et son sommet légèrement bifide. Enfin le calibre du pharynx des didelphes est considérable quand ils sont carnivores, et étroit quand ils sont insectivores ou herbivores.

Chez les véritables *Cétacés* (en excluant les sérérides, tels que les lamantins) le pharynx et les fosses nasales ont une structure particulière qui leur permet de respirer sans sortir de l'eau et sans ralentir leur course pour changer la position normalement horizontale de leur corps. Les narines ne sont pas situées à l'extrémité du museau, mais viennent déboucher par un long conduit nommé évent au sommet du crâne. Les trompes d'Eustache s'ouvrent dans les fosses nasales ainsi transformées en tube allongé, disposition spéciale à cette classe de mammifères. Le larynx se prolonge jusque dans les arrière-narines et les muscles du pharynx formant un véritable sphincter qui interrompt toute communication entre la bouche et les fosses nasales pendant que l'animal respire. La cavité buccale se continue avec le pharynx seulement pendant la déglutition. Il n'y a donc pas rejet de l'eau par les évents comme on le croit d'ordinaire, mais bien échappement de vapeur humide et chaude provenant du poumon, visible seulement à cause de sa condensation, comme l'haleine de tous les mammifères, dans une atmosphère de température plus basse.

Des sacs aériens logés soit dans des cavités osseuses du crâne, soit dans les parois latérales du larynx, comme chez la baleine, servent, en se dilatant et se contractant tour à tour, à accélérer le rejet de l'air expiré. L'ouverture de l'œsophage dans le vaste pharynx de beaucoup de ces animaux, notamment encore des baleines, est remarquablement petite proportionnellement à la grosseur de l'animal et ne dépasse pas en général cinq centimètres chez cette dernière.

Le pharynx des *ruminants*, des *solipèdes* et des *carnivores* est organisé de telle sorte qu'il permet à ces animaux de prolonger sans essoufflement appréciable la course la plus rapide. En effet, leurs narines béantes amènent dans des fosses nasales relativement très vastes, débouchant elles-mêmes dans le naso-pharynx par des ouvertures larges, les choanes, l'air extérieur, lequel est conduit directement par une sorte de tube dans le larynx. La façon dont ce tube est agencé varie un peu avec les ruminants et les solipèdes d'un côté et les carnivores de l'autre. Chez les premiers, le voile du palais et l'épiglotte s'allongent ensemble; chez les seconds le voile seul prend un développement considérable et vient entourer par son extrémité inférieure la face antérieure ou buccale de l'épiglotte presque jusqu'à sa base.

Indiquons d'abord ce qui se passe chez les ruminants et chez les solipèdes en prenant comme type le *cheval*, animal facilement observable. Le voile du palais embrasse par son bord postérieur la base de l'épiglotte renversée généralement sur la face postérieure de ce voile. Très développé, celui-ci ferme complètement dans les intervalles de la déglutition l'isthme du gosier. Aussi le cheval ne peut-il guère respirer par la bouche; car l'allongement en haut de son épiglotte semble s'y opposer également. Cette épiglotte figure assez bien une feuille de laurier ou de sauge, circonscrivant en bas l'entrée du pharynx qu'elle bouche hermétiquement pendant le passage des aliments. La saillie du larynx dans la cavité pharyngienne est telle qu'on l'a comparée au relief que fait un robinet dans un tonneau. Signalons en outre la profondeur de la fossette de Rosenmüller.

Comme type de la conformation que présente le pharynx

des *carnivores*, prenons celui du chien, animal facile aussi à observer.

Le voile est très allongé comme chez tous les animaux de cette classe. Son bord postérieur ou bord libre n'offre pas de luette. Il est légèrement concave et atteint presque la base de l'épiglotte sur la face antérieure de laquelle il vient ordinairement se placer. Lorsque le voile se trouve par hasard sur la face opposée ou pharyngienne de cet organe, son extrémité inférieure vient toucher les replis aryéno-épiglottiques et les cartilages aryénoïdes. La face buccale du voile est parsemée de taches qui manquent à la face supérieure ou nasale. Les piliers ont à peu près la forme et les rapports qu'ils présentent chez l'homme. L'amygdale palatine rougeâtre, allongée, reniforme, mesure de 2 à 3 centimètres et fait saillie en dehors de la poche qui la contient. Le naso-pharynx est très vaste. Les pavillons des trompes ressemblent à des fentes obliques ; ils sont séparés de la fossette de Rosenmuller par un pli très saillant de la muqueuse. Le pharynx buccal et le pharynx laryngé sont plus petits que le naso-pharynx. L'épiglotte ne fait qu'un relief assez médiocre dans la cavité pharyngienne.

En définitive, le pharynx des mammifères ressemble beaucoup à celui de l'homme. Il y a peu de variations à glaner chez eux, les différences que nous avons signalées étant d'ordre tout à fait secondaire. Les reptiles et les protothériens hypothétiques, qui, semble-t-on, auraient pu nous montrer les formes de transition entre le voile et l'épiglotte de l'homme et ces organes si rudimentaires chez les crocodiliens ont disparu à l'heure actuelle.

Conclusions générales.

Ce long exposé éclaire singulièrement l'embryologie du pharynx humain, qui pendant la vie intra-utérine nous montre successivement la plupart des types précédemment décrits.

Il présente d'abord les modalités les plus simples ; puis il va sans cesse se compliquant et se perfectionnant à mesure qu'approche le terme de la grossesse. Ainsi, les différentes périodes de son développement sont caractérisées par des dispositions

qu'on retrouve permanentes chez diverses classes de vertébrés.

Cette évolution du pharynx est d'ailleurs conforme à celle du corps humain tout entier, qui, ainsi que l'avait remarqué le grand Harvey, dans son traité de la formation de l'œuf, passe par les phases diverses de poisson, batracien, reptile, avant d'aboutir au type du mammifère : Idée qui fut reprise et développée par Wolf, Oken, Dollinger, les frères Wenzel, Tiedemann, Geoffroy Saint-Hilaire, Serre. Harvey observe, avec raison du reste, que les périodes pendant lesquelles le pharynx humain embryonnaire correspond à celui d'une classe spéciale de vertébrés inférieurs sont extrêmement courts ; il les rappelle d'une façon raccourcie et condensée.

Au début même de la vie intra-utérine, le pharynx, l'œsophage et la plus grande partie de ce qui sera plus tard la cavité buccale et les fosses nasales sont confondus en une poche bucco-pharyngée unique, analogue à celle de l'amphioxus. Les fossettes olfactives restent quelque temps sans communication avec le tube digestif, comme chez les poissons. L'appareil auditif réduit d'abord à une capsule auditive (oreille interne) — sélaciens, ganoïdes, téléostéens, batraciens urodèles — ne se met en rapport avec les arrière-narines qu'au moment où les fentes branchiales entrent en régression et où leur première paire se transforme, par mutation fonctionnelle, en trompe d'Eustache, en caisse tympanique et en conduit auditif externe. Pendant assez longtemps, les apophyses palatines (maxillaires, os palatin) arrivent à peine à séparer la cavité buccale de la portion respiratoire des fosses nasales. Mais, plus tard, le développement rapide de leur partie postérieure qui ne s'ossifie pas, détermine l'apparition du voile du palais et fait disparaître cette analogie reptilienne primitive.

Ajoutons enfin que l'anatomie comparée nous définit la luvette, organe non constant d'ailleurs chez les mammifères, comme un débris du segment postérieur du voile si développé chez les carnivores. Elle nous montre aussi les limites de l'épiglotte plus étendues qu'il ne semble au premier examen ; d'ailleurs, suivant les recherches de quelques auteurs récents, notamment Ganghofner, elle comprendrait les replis aryéno-épiglottiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

VI^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Londres, 8 au 12 août 1899 ¹.

52. GARNAULT (Paris). — **Mobilisation de l'étrier** ². — Vieillard de 72 ans, dur d'oreille depuis 40 ans et complètement sourd depuis 15 ans, considérablement amélioré par la mobilisation de l'étrier pratiquée il y a 3 ans. L'auteur rapporte plusieurs autres observations favorables et présente une malade à l'appui de sa communication.

Discussion.

FARACI n'est pas partisan de la méthode de Garnault pour plusieurs raisons : en premier lieu elle est d'une application difficile, étant donné le scepticisme régnant à propos des résultats des opérations pratiquées sur l'oreille dans un but acoustique ; bien peu de malades se soumettraient à une intervention grave pour améliorer leur audition ou guérir des bruits subjectifs. Ensuite il est inutile de réséquer la mastoïde pour découvrir l'étrier, puisqu'on atteint le même but par la voie du conduit. Jusqu'ici F. a toujours réussi à mobiliser l'étrier par la myringectomie simple, et bien rarement il a dû réséquer une partie de l'anneau tympanique. Un autre inconvénient sérieux du procédé de Garnault réside en ce que la chloroformisation empêche de contrôler durant l'opération le résultat acoustique obtenu et qu'on ignore ainsi si on a atteint le but désiré.

D'après sa propre expérience, F. croit que les résultats de G. sont inférieurs à ceux obtenus par la voie du conduit, attendu qu'on ne peut éviter une violente réaction inflammatoire et que la cicatrisation s'opère lentement, les succès sont donc plus rares, ainsi qu'il l'a toujours vu chez ses malades.

53. FISCHENICH (Wiesbaden). — **Traitement des processus adhésifs catarrhaux de l'oreille moyenne par des injections de pilocarpine.** — F. emploie une solution à 20 $\frac{0}{0}$ à dose progressive dans la sclé-

¹ Voir nos de novembre et décembre 1899, janvier, février et mars 1900.

² D'après les *Archiv of. Otol.* Vol. XXVIII, nos 5 et 6, 1899.

rose avec ou sans complications labyrinthiques. Il a obtenu des résultats encourageants dans 120 cas et préconise ce traitement. Le médicament est porté directement sur le tympan à travers la trompe. On fera de 30 à 50 applications. Au début l'audition s'améliore un peu, puis la capacité d'absorption de la muqueuse s'abaisse. Par la répétition du traitement à une période ultérieure, l'ouïe s'améliore encore et le mieux persiste après la cessation de toute thérapeutique.

54. G. NUOLI (Rome). — **Traitement pneumatique des affections auriculaires** ¹. — Dans le but de donner une idée aussi nette que possible du traitement pneumatique par la pompe à air mue par l'électricité, N. a étudié son action sur l'organe auditif d'un cadavre. L'air était condensé et raréfié à des alternatives rapprochées dans le conduit auditif externe et le tympan effectuait des mouvements rapides en avant et en arrière qui se répétaient jusqu'à 2 ou 300 fois par minute. On percevait ces mouvements à travers des ouvertures pratiquées sur les côtés de la cavité tympanique. Le manche du marteau était projeté en dehors et la tête en dedans, ou *vice versa*, et l'osselet tout entier tournait sur un axe horizontal placé exactement au-dessous de la courte apophyse. Le mouvement s'accroît si on sectionne le tendon du tenseur tympanique.

On distingue aussi un mouvement vibratoire dans le liquide des canaux semi-circulaires mis en contact avec un corps étranger.

En perforant la paroi solide de l'oreille moyenne, comme pour dégager la fenêtre ronde, on remarque la vibration imprimée à la membrane de cette fenêtre par le liquide endo-labyrinthique. Ce traitement pneumatique provoque des vibrations régulières de toutes les portions de l'oreille moyenne et internes, mais au point de vue clinique il ne donne pas toujours de résultats. En tout cas on l'appliquera dans les cas de lésions chroniques mais non dans les otites moyennes suppurées.

55. DUNDAS GRANT. — **Diminution de la conduction osseuse comme contre-indication de l'excision des osselets** ². — A peu d'exception près, les auristes admettent que dans les cas d'adhérences consécutives à des inflammations suppurées ou non suppurées, le marteau, l'enclume et la membrane du tympan nuisent à la

¹ D'après *the Journ. of. Lar. Rhin and. Otol.*, février 1900.

² D'après *the Archives of. Otol.* Vol. XXVIII, nos 5 et 6, 1899.

transmission des ondes sonores à l'étrier et que l'ablation des osselets est de rigueur.

Si les osselets externes sont fixés, leur excision sera indiquée au point de vue auditif. Bien entendu il ne faudra jamais toucher aux osselets ayant une valeur fonctionnelle.

Politzer dit que l'audition à 1 mètre de la voix chuchotée constitue une contre-indication très nette de l'extraction des osselets. Quand la surdité provient d'une altération de l'oreille interne ou du nerf auditif, il est évident qu'on n'obtiendra au point de vue de l'ouïe que des résultats insignifiants de l'ablation des osselets. La diminution de la conduction osseuse est aussi une contre-indication. Toutefois l'auteur a soigné deux malades améliorés par l'excision des osselets malgré la réduction de la conduction osseuse.

CONCLUSIONS. — La présence des osselets agit sur l'audition dans les cas de suppurations par les moyens suivants :

1° Par la fixation, immobilisant l'étrier ;

2° En favorisant l'accumulation et la rétention de produits desquamatifs et exsudatifs entravant les mouvements de l'étrier ;

3° En évitant l'application d'un tympan d'ouate sur l'étrier.

Leur extraction est donc justifiée quand le pouvoir auditif est inférieur à 1 mètre et que la conduction osseuse est conservée.

Même au cas où cette dernière serait affaiblie, l'audition pourrait s'améliorer après l'ablation des osselets.

Lorsque l'ouïe est perdue, on peut enlever les osselets et les résidus membraneux, même si l'on détermine ainsi une réduction de la conduction osseuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK, SECTION DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Séance du 23 janvier 1899 (1).

Président : R. C. MYLES.

I. C. G. COAKLEY. — **Curette de Krause modifiée.** — K. montre une modification de la double curette de Krause et du manche de Schroetter.

(1) D'après le *Laryngoscope*, mars 1899.

2. W. K. SIMPSON. — **Eponge de Bernays dans la chirurgie nasale.** — P. dit qu'il a lu à la dernière réunion de l'Association laryngologique américaine une communication sur l'emploi de l'éponge de Bernays pour arrêter les épistaxis. Ces éponges sont faites avec de la fibre de coton fortement comprimée dans des disques circulaires qui ont un pouvoir d'absorption très rapide. On les emploie avec avantage au cours des opérations nasales.

Discussion.

F. J. QUINLAN s'est servi il y a trois ans de fibre de bois dans un cas d'hémorrhagie grave. Au bout de trente-six heures il observa une violente sinusite frontale aiguë due évidemment à la pression et au défaut de drainage de l'espace pneumatique.

F. W. CHAPPELL a été très satisfait de l'emploi des éponges de Bernays dans la chirurgie nasale. Afin d'éviter l'hémorrhagie consécutive à leur retrait, il couvre avec de la gutta-percha la surface à vif. Il se sert aussi de gutta-percha pour les interventions sur la cloison.

J. E. NEWCOMB s'est contenté de gomme ordinaire pour toutes les formes de tamponnement nasal.

J. WRIGHT se sert depuis cinq à six ans de plaques de gutta-percha. Il a renoncé à employer l'éponge de Bernays pour le nez.

L. A. COFFIN se loue de l'emploi de l'éponge de Bernays imbibée d'une solution d'antitartrate d'alun.

3. N. S. ROBERTS. — **Diphthérie tonsillaire et laryngée traitée par l'antitoxine.** — R. rapporte l'observation d'un enfant de 5 ans qu'il vit pour la première fois le 26 décembre pour une diphthérie laryngo-tonsillaire. Les parents repoussant l'antitoxine, on administra du bichlorure de mercure. Lavages du nez avec une solution salée. Le 28 décembre on remplaça l'application mercurielle par du peroxyde d'hydrogène et la membrane commença à disparaître. Les symptômes laryngiens s'aggravant, on fit des fumigations de calomel qui n'apportèrent qu'une amélioration temporaire. Le 30 décembre on suspendit le traitement pour administrer 750 unités d'antitoxine ; au bout de cinq heures, l'enfant put parler à haute voix pour la première fois depuis trois jours. En trente-six heures la membrane disparut complètement, la respiration se dégagait et seule la voix demeura un peu voilée. L'antitoxine ne provoqua ni éruption ni albuminurie.

Discussion.

E. MAYER est surpris que le malade ne se soit pas trouvé plus mal pour avoir quitté son lit quelques heures après avoir reçu de l'antitoxine.

W. K. SIMPSON dit que le traitement antitoxique a beaucoup réduit les indications du tubage.

N. L. WILSON demande si l'antitoxine peut déterminer facilement une paralysie cardiaque.

MAYER répond négativement.

WILSON observa un cas de mort trois heures après l'ingestion d'antitoxine, mais peut-être indépendante. Il a fait le tubage chez un malade affecté de diphthérie laryngée, soignée par l'antitoxine. Le grand-père du malade, un vieux médecin, très ennuyé de voir pratiquer l'intubation, insista pour qu'on enlevât le tube au bout de vingt-quatre heures, et on n'eut pas besoin de l'insérer de nouveau. Auparavant il laissait séjourner le tube de sept à neuf jours, mais avec l'antitoxine cinq ou six jours suffisent.

J. WRIGHT a vu un malade tomber mort avant de recevoir l'injection d'antitoxine, si cet accident se fût produit après, on l'aurait certainement attribué à l'antitoxine.

SIMPSON n'est pas d'avis de retirer trop vite le tube.

4. H. D. CHAPIN. — Pharyngite et amygdalite chez les enfants.

— C., ayant éprouvé beaucoup de difficulté pour examiner la gorge des jeunes enfants, a fait construire un abaisse-langue spécial qu'il montre à la Société.

Chez les enfants, la pharyngite et l'amygdalite sont habituellement associées. La forme primitive de pharyngite peut passer inaperçue. Rarement la luette est infiltrée. On n'observe pas toujours la tuméfaction des glandes lymphatiques du cou. Les erreurs d'alimentation chez les enfants produisent une fermentation acide dans l'estomac et par une continuité directe la muqueuse de la gorge et de la bouche s'enflamme. Vomissements, élévation de la température et diarrhée. L'autre forme de pharyngo-amygdalite infantile est due au refroidissement. Souvent on habille les enfants tellement chaudement qu'ils s'enrhument sitôt qu'ils sont exposés à l'air. La pharyngite aiguë n'est pas grave, mais en devenant chronique elle favorise le développement des végétations adénoïdes et prépare un terrain à l'éclosion de la diphthérie et de la tuberculose.

Discussion.

H. KOPLIK dit qu'étant donné la difficulté qu'on éprouve à examiner un enfant, il faut le faire tenir par sa mère de préférence devant une large fenêtre afin d'introduire facilement un abaisse-langue.

L'amygdalite folliculaire simple est très commune chez les enfants de quelques mois.

K. est d'avis que l'amygdalite constitue une infection non due au seul refroidissement ; elle est directement déterminée par des agents infectieux, mais il est certain que le froid y prédispose.

C. C. RICE voit très peu de jeunes enfants, mais il fait observer qu'il ne faut pas oublier que l'amygdalite est intimement liée à l'inflammation du tissu lymphoïde de l'arrière-nez et de la base de la langue ; il existe une trop grande tendance à considérer les amygdales comme indépendantes du naso-pharynx. R. désirerait savoir de quelle façon le froid et les maux d'estomac déterminent des amygdalites.

COFFIN préfère pour examiner la gorge se servir du miroir frontal que du miroir à main ; il trouve que l'amygdalite est très difficile à diagnostiquer.

On a parlé à ce propos de manifestation rhumatismale, d'invasion de germes et enfin de refroidissement et de maux d'estomac, mais jamais on n'a pu s'assurer de l'origine diphthérique de l'affection.

C. dit que toute irritation de la muqueuse pharyngée peut donner lieu à une amygdalite.

NEWCOMB est très satisfait de l'emploi de l'abaisse-langue de Chapin. Bien qu'au point de vue pathologique on compte beaucoup de catégories d'amygdalites, elles se ressemblent toutes quant à la symptomatologie. Certaines personnes attribuent l'amygdalite à une origine biliaire et disent les guérir par une purgation.

CHAPPELL apprécie les dimensions réduites de l'abaisse-langue de Chapin. D'après l'auteur, l'amygdalite est plus répandue parmi les enfants pauvres que dans la classe riche.

SIMPSON demande s'il est toujours possible de différencier au point de vue clinique l'amygdalite simple de la diphthérie chez l'enfant.

E. MAYER désire être renseigné au sujet de la fréquence des inflammations pharyngo-amygdaliennes dans la clientèle privée.

CHAPIN insiste sur la commodité d'introduction de son abaisse-langue. La gorge des enfants renferme ordinairement une grande quantité de germes s'infectant aisément lorsque se produit une fermentation acide. De même le refroidissement favorise l'amygdalite. Très fréquente dans les dispensaires, l'amygdalite est relativement rare en ville.

La bactériologie seule permet dans quelques cas de différencier l'amygdalite de la diphthérie.

5. W. K. SIMPSON. — **Intubation chez l'adulte.** — S. présente un homme sur lequel il a pratiqué le tubage dans le but de lui retirer sa canule. Les troubles laryngés débutèrent en octobre 1898. Le 15 décembre, la dyspnée s'accrut et le lendemain on dut trachéotomiser. Quand on fit le tubage au bout d'une semaine, le malade ne pouvait respirer sans sa canule. Tout l'intérieur du larynx était induré. S. emploie l'anesthésie cocaïnique de préférence à l'anesthésie générale pour l'intubation des adultes. La canule est un obstacle au tubage. On doit dans ce cas exercer une pression considérable pour que le tube franchisse le rétrécissement. Le tube séjourna deux jours et demi au bout desquels il fut expulsé dans une quinte de toux. Depuis il a été inutile de remplacer la canule.

6. T. J. HARRIS. — **Nécrose syphilitique de la paroi de l'antre.** — H. montre une femme syphilitique chez laquelle l'os nasal est dénudé sur une étendue considérable. Après anesthésie on ouvre l'antre et on découvre l'affection. Ni le curettage ni le drainage n'amènèrent de soulagement, aussi dut-on conclure que l'os dénudé était en réalité un séquestre qu'on excisa. Actuellement la malade se trouve bien, mais on lui a enlevé presque toute la paroi interne de l'antre.

7. F. J. QUINLAN — **Kyste osseux du cornet moyen.** — Q. a récemment extirpé la portion antérieure du cornet moyen ayant déterminé une dégénérescence osseuse kystique. Après l'opération on découvrit derrière la première masse un véritable fibromyxome.

8. W. FREUDENTHAL. — **Traitement de la dysphagie et de la toux, surtout chez les tuberculeux.** — F. depuis huit ans a recueilli 29 observations complètes du traitement de la dysphagie par le curettage. Dix-huit malades ne furent pas améliorés ; dans 7 cas, le mieux ne se manifesta pas immédiatement ; et quatre

fois l'amélioration fut presque instantanée. Sur les dix-huit malades qui ne retirèrent nul bénéfice de la cure, 13 étaient des tuberculeux avancés. L'opération semble avoir aggravé leur état.

F. a essayé un nouveau produit, l'orthoforme qui paraît destiné à remplacer la cocaïne dans de nombreux cas. Cette poudre n'agit pas sur la peau, et seulement légèrement sur la muqueuse saine, mais elle est très efficace contre les pertes de substance. Elle a deux propriétés principales : 1° son action analgésique ; 2° l'absence de pouvoir toxique. On l'administre sans danger à la dose de 2 à 25 grammes par jour. L'orthoforme permet au malade de se nourrir ; on peut l'employer mélangé à du stéarate de zinc.

F. s'est aussi servi de l'héroïne, poudre blanche cristalline, se dissolvant dans l'alcool, mais qu'il vaut mieux donner en tablettes ou en poudres. Elle offre sur l'opium et la morphine l'avantage de ne provoquer ni vomissements, ni nausées. Ce nouveau remède atténue beaucoup la toux des phtisiques, on le prend à petites doses et pendant longtemps sans nuire à la santé générale.

Quant à la *photo-thérapie*, ou emploi de la lumière en thérapeutique, F. dit que son attention a été portée sur ce traitement incidemment au cours de ses études sur l'éclairage par transparence. Depuis 1891 il a observé l'effet de la lumière électrique sur les bactéries. Le traitement est agréable pour le malade et exempt de dangers ; les résultats obtenus sont assez encourageants pour justifier son expansion.

Séance du 22 février 1899 ⁽¹⁾.

Président : R. C. MYLES.

9. F. J. QUINLAN — **Fibrome naso-pharyngien.** — Q. montre une tumeur naso-pharyngienne retirée par la bouche avec une anse froide, sans hémorrhagie, à l'aide de la cocaïne et de l'extrait sur-rénal. Au microscope, on reconnut qu'il s'agissait d'un fibrome.

La malade avait gardé sa tumeur huit ans et avait consulté beaucoup de médecins, étant gênée par le volume du néoplasme qui nuisait à la respiration et à la déglutition. Le fibrome était suspendu à la voûte pharyngée, remplissait tout le pharynx nasal, et recouvrait l'épiglotte et les aryténoïdes. On avait remarqué de la suppuration. Depuis l'opération, la malade se porte mieux, elle a augmenté de douze livres en quinze jours.

(1) D'après *the Laryngoscope*, avril 1899.

10. J. W. GLEITSMANN. — Un cas de tuberculose laryngo-pharyngée primitive guérie en apparence. Remarques sur le kalagna, nouveau remède contre la tuberculose. — G. dit que ce nouveau médicament est fourni par un Consul Belge de l'Amérique du Sud dans des proportions très limitées, mais que bientôt on en aura davantage. En Belgique on en a fait absorber sans inconvénients de fortes doses à un chien. Le kalagna a été employé par les D^{rs} Stubbert (de Liberty), Trudeau (de Savannah), H. P. Loomis (de New-York) et Mechold (de Staten Island). L'été dernier le D^r E. L. Trudeau l'a essayé sur trois malades du sanatorium d'Adirondack, dont l'un était à une période avancée de la maladie, et qui se sont notablement améliorés. Stubbert a traité avec succès vingt-cinq malades. Loomis a été satisfait de l'emploi du kalagna dans trois cas. Mechold l'a également expérimenté sur trois malades, dont l'un, espagnol, avait été traité quatre ans auparavant par de fortes doses de gaïacol et de tuberculine de Koch ; on le considérait comme guéri lorsqu'il eut une rechute l'été passé. Le kalagna eut pour résultat immédiat de faire disparaître les accidents et de le faire engraisser. Le second cas concernait un allemand de 54 ans, chez lequel les symptômes de phtisie pulmonaire débutèrent au printemps dernier. Depuis le mois de juillet ce malade prend du kalagna et il s'en trouve à merveille.

GLEITSMANN présente ensuite une femme de 30 ans atteinte de tuberculose primitive pharyngo-pulmonaire qu'il soigne depuis l'été de 1896. A cette époque tout le bord libre de l'épiglotte était ulcéré. Il la fit entrer à l'hôpital et lui retira, le 5 novembre, tout le bord de l'épiglotte et un aryénoïde. Successivement on excisa vingt et un fragments de tissu tuberculeux. En janvier 1898, apparut une ulcération ayant une tendance hémorragique sur le côté droit de la base de la langue, on injecta deux fois de l'acide lactique. L'ulcération était complètement guérie à la fin de février. Le 12 avril on vit une large ulcération au milieu de la base de la langue qui résista à tous les traitements. On pratiqua cinq injections sous-muqueuses d'acide lactique et six curettages. Pendant tout ce temps, la dysphagie fut si prononcée qu'on ne pouvait nourrir la malade qu'après des insufflations d'orthoforme. Depuis le mois de décembre, les ulcérations et infiltrations ont disparu. Actuellement la malade se porte bien.

Discussion.

W. F. CHAPPELL dit qu'il n'a pas eu de succès dans son service avec le kalagna et qu'il a dû suspendre le traitement.

E. MAYER a vu la malade de Gleitsmann l'été dernier à la réunion de l'Association laryngologique américaine et l'avait trouvée nettement tuberculeuse. L'amélioration actuelle est très encourageante.

W. C. PHILLIPS fait remarquer qu'on n'a pas examiné au point de vue bactériologique le larynx et le pharynx.

GLEITSMANN répond qu'il a négligé de dire qu'on avait pratiqué plusieurs examens bactériologiques et qu'on avait trouvé des bacilles tuberculeux ; le tissu excisé était également tuberculeux. Quant au kalagna, G. croit qu'il est inefficace contre la tuberculose pharyngienne.

11. J. WRIGHT. — *Remarques sur l'étiologie des polypes du nez.*

— W. raconte que, deux ans auparavant, une jeune fille de 16 ans vint à sa clinique le consulter pour une obstruction nasale gauche. On voyait une grosse masse dans la narine droite et la fosse nasale gauche était oblitérée par des polypes d'une dimension modérée. Le naso-pharynx était occupé par un gros polype. Des tentatives répétées pour extraire cette tumeur échouèrent, mais l'évacuation du liquide rendit possible son excision avec une anse. La tumeur était lobulée, elle provenait du milieu de la surface convexe du cornet inférieur, à environ un centimètre de son bord postérieur. A des intervalles de deux à quatre semaines pendant près d'une année, des polypes s'étaient formés près de l'insertion de la tumeur, on les avait enlevés, puis on cautérisa leur point d'implantation. Depuis plus de six mois on n'a observé aucune récurrence.

L'auteur dit que fréquemment on rencontre dans cette région de gros polypes œdémateux pédiculés, mais il est rare qu'ils récidivent si rapidement à cet âge. La tumeur s'est probablement développée après la puberté. D'ordinaire, en arrière du nez on trouve plus de tissu fibreux dans les polypes. Beaucoup de kystes proviennent de la dilatation de glandes dont les conduits ont été oblitérés.

En résumé, l'infiltration œdémateuse de la muqueuse nasale, soit sessile, soit sous forme de polypes, provient : 1° de l'obstruction mécanique veineuse par les produits inflammatoires dans le mucus ou l'os sous-jacent ; 2° des phénomènes vaso-moteurs ac-

compagnant l'inflammation chronique ; 3^o des phénomènes vasomoteurs dans les sténoses provoquant la fièvre des foins et l'asthme bronchial.

Discussion.

H. L. SWAIN considère les polypes comme des hypertrophies œdémateuses. Une irritabilité nerveuse excessive peut déterminer la fièvre des foins, des névralgies, etc. Tous les névropathes sont sujets à des troubles vasomoteurs.

J. E. NEWCOMB a vu un cas d'ablation de polype chez un enfant de 8 ans et on en a même enlevé à des bébés de quelques semaines. Lennox Browne croit à une diathèse polypeuse.

12. E. MAYER. — **Discussion sur le mémoire de Freudenthal, sur le traitement de la dysphagie et de la toux surtout dans la tuberculose.** — M. rapporte que certains malades se plaignent de bourdonnements d'oreilles après avoir pris de l'héroïne, mais toutefois on en obtient quelquefois de bons résultats. Quant à l'orthoforme en poudre, M. dit que ses malades l'ont parfaitement supporté.

J. WRIGHT préfère l'émulsion d'orthoforme qui offre l'avantage de ne pas provoquer la toux. Il a essayé l'héroïne dans un cas de toux réflexe obstinée, le remède agit pendant une semaine, puis il échoua.

SIMPSON n'a pas été satisfait de l'héroïne en poudre, il croit qu'il vaudrait mieux l'administrer sous forme de tablettes comprimées.

FREUDENTHAL ne s'est jamais aperçu que l'héroïne déterminât des bourdonnements d'oreilles. Il a employé l'émulsion d'orthoforme, non parce que la poudre n'était pas tolérée, mais parce que l'émulsion prolonge l'application du médicament à la surface. F. regrette qu'on n'ait rien dit à propos de la photo-thérapie qui est parfois efficace.

Séance du 22 mars 1899 (1).

Président : R. C. MYLES.

13. F. J. QUINLAN. — **Papillomes multiples du larynx.** — Q. montre 93 papillomes du larynx, formant un ensemble, enlevé à une jeune fille de 23 ans qui avait été absolument aphone pen-

(1) D'après le *Laryngoscope*, mai 1899.

dant dix-huit mois. Le larynx avait entièrement disparu sous ces masses. Après l'opération on badigeonna la surface dénudée avec une solution à 10 % d'acide salicylique dans l'alcool absolu. Au cours des six dernières semaines, la malade a pu non seulement parler, mais chanter. Bryson Delavan qui a vu la jeune fille a émis un pronostic favorable.

14. P. C. ARD (de Plainfield.) — **Laryngectomie pour tumeur maligne.** — A, présente une femme de couleur, ayant subi deux opérations radicales pour des tumeurs malignes du larynx.

Agée de 41 ans, elle vint trouver l'auteur en juin 1898 pour de la raucité. Pas d'antécédents spécifiques. Bonne santé habituelle à part des amygdalites. Au laryngoscope on distingue une masse rouge irrégulière, située juste au-dessous de la commissure antérieure des cordes vocales et pénétrant dans le larynx. Pas d'infiltration des tissus environnants, ni ulcération, ni dyspnée, ni infection glandulaire. A cette époque on considéra la tumeur comme un papillome. Toux pendant quelques semaines. A la fin de juillet, ablation de la tumeur avec une pince de Mackenzie. En septembre, la malade raconte qu'elle s'est trouvée beaucoup mieux pendant quelque temps après l'opération, mais qu'actuellement tous les accidents ont reparu. A l'examen, on reconnaît la présence d'une tumeur au point d'origine ayant à peu près la même dimension que la première qu'on avait reconnue être un épithéliome typique. Etant donnée la localisation de la tumeur, on décida l'opération radicale. Le Dr G. E. Brewer pratiqua, le 24 novembre, la laryngectomie partielle et la malade quitta l'hôpital au bout de quinze jours. Bientôt après survint une récurrence et le 19 février le Dr Brewer dut extirper le larynx par le procédé de Solis Cohen. La canule resta en place quarante-huit heures, puis on la retira à cause de l'irritation qu'elle entretenait et la malade put respirer par la trachée suturée à la plaie. Pendant les quatre premiers jours, elle fut nourrie par le rectum, puis elle ingéra par la bouche un peu de lait et d'eau de Vichy. Maintenant la malade peut se faire comprendre.

Discussion.

J. WRIGHT se déclare partisan de cette opération lorsqu'il faut exciser le larynx. L'introduction d'un larynx artificiel était néfaste par l'irritation qu'elle causait.

M. LEDERMAN raconte qu'il vit neuf ans auparavant, à Phila-

delphie, un confrère ayant subi l'ablation du larynx pour un épithélioma ; il portait un appareil vibratoire qu'il pouvait retirer à volonté et parlait distinctement mais d'une façon monotone.

E. MAYER avait vu ce malade avant qu'on lui retirât son larynx. Dans ces cas on ne devra jamais perdre de vue la possibilité d'une récidive.

F. J. QUINLAN dit que dans ces cas les sons labiaux sont produits dans le pharynx nasal à l'aide de la langue ou du voile du palais. Il soigne actuellement un malade atteint de paralysie double des adducteurs qui a été trachéotomisé. Quoiqu'il n'existe aucune communication entre le larynx et la cavité buccale, le malade s'exprime assez difficilement.

E. L. MEIERHOF rappelle que l'an dernier un opérateur exercé a publié un article où il se déclare partisan d'une trachéotomie préliminaire et de l'opération à une période plus tardive. C'est aussi l'avis de M.

MYLES dit avoir présenté à la Société un malade opéré qui parlait à l'aide d'un appareil.

G. E. BREWER fait remarquer que la malade aurait succombé rapidement si elle n'avait pu s'alimenter convenablement. La plupart des opérés de cette catégorie succombent à des pneumonies septiques difficiles à prévenir. B. insiste sur l'importance du diagnostic précoce. En prenant la précaution de lier au début les deux artères thyroïdiennes supérieures, l'hémorrhagie sera évitée.

ARD termine en disant qu'on fit la trachéotomie préliminaire au moment de la laryngectomie partielle, mais lors de l'excision complète du larynx, on effectua le même jour l'opération radicale et la trachéotomie.

15. ARD. — **Sarcome nasal.** — A. montre une malade qui vint le consulter en mars 1897 pour une obstruction nasale. A l'examen on vit dans la narine droite une tumeur mobile, saignant facilement, qu'on reconnut être un sarcome. Ablation ; pas de récidive.

16. W. FREUDENTHAL. — **Sarcome de l'antre d'Highmore.** — F. présente une femme de 56 ans ayant joui d'une bonne santé jusqu'au moment où elle s'aperçut que sa fosse nasale droite s'obstruait. En même temps apparut un gonflement de la joue qu'elle attribua à un abcès dentaire. Tumeur nasale en rapport avec l'antre d'Highmore. En tentant l'extraction avec le serre-

nœud, l'hémorrhagie fut abondante, malgré l'application de cocaïne et d'extrait surrénal. Il fallut achever l'opération avec la guillotine. La tumeur fut reconnue pour du sarcome.

17. R. C. MYLES. — **Sinusite frontale.** — M. relate deux observations de sinusites frontales.

La première concerne un homme de 34 ans opéré sept fois par des chirurgiens. L'affection était probablement de nature syphilitique, elle s'était étendue à la portion antérieure de l'os frontal qu'elle avait détruit. Par des greffes cutanées, M. réussit à déterminer une réépidermisation.

Le second malade était un médecin souffrant depuis dix ans de céphalalgies et de maux d'yeux. On ponctionna les cellules ethmoïdales antérieures droites, et le pus qui en sortit, indiqua une nécrose osseuse. Ablation de l'extrémité antérieure du cornet moyen et d'une partie des cellules ethmoïdales. L'irrigation déterminait l'issue d'une grande quantité de pus fétide. Au bout de deux jours les douleurs cessèrent et la suppuration ne reparut plus.

Discussion.

WRIGHT a récemment opéré un cas intéressant de sinusite frontale durant depuis deux ou trois mois avec sortie du pus à travers l'infundibulum. On reconnut par l'éclairage que le sinus maxillaire était également rempli de pus. Le sinus frontal était le siège primitif de la lésion. Déviation très prononcée de la cloison rendant très difficile le drainage consécutif à l'intervention sur le sinus frontal. Incision d'Ogston-Luc et trépanation du sinus. Issue du pus. Avec une sonde on ménage dans le nez une ouverture permettant l'insertion d'un gros drain. Occlusion de la plaie extérieure. Réunion par première intention. Formation d'un sinus permettant d'introduire un peu d'ouate dans la plaie.

E. MAYER préférerait détruire la cloison avec une pince de Asch plutôt que de faire une opération suivie de l'introduction d'un drain.

W. C. PHILLIPS dit qu'il ne faut pas perdre de vue le caractère aigu de certaines sinusites, dans ces cas, il faudra attendre pour opérer car la guérison peut se produire sans qu'il faille intervenir.

MEIERHOF félicite Myles des résultats obtenus chez le médecin sans opération. Il a vu Jansen, à Berlin, exciser toute la paroi antérieure de l'antre d'Highmore, opération qui entraîne une im-

portante déformation, bien qu'on ne la remarque pas de l'extérieur.

18. T. J. HARRIS. — **Cinq observations de sarcome nasal primitif.** — Il dit qu'il a recueilli un total de 57 observations à ajouter aux 41 cas de Bosworth, ce qui donne un total de 103 sarcomes primitifs du nez. Il est très probable que quelques-uns sont dus à l'extraction défectueuse de polypes. On connaît l'âge de 87 malades et on voit que 25 % des cas concernent des individus entre 40 et 50 ans et que jamais on n'en a observé chez l'enfant ni dans l'extrême vieillesse. On trouve aux différentes périodes avec une égale fréquence des sarcomes à cellules fuselées et rondes, puis du myxo-sarcome, du mélanosarcome et du fibro-sarcome. Plus d'un tiers des cas tire son origine de la cloison et un quart de la cloison cartilagineuse. L'épistaxis est signalée trente et une fois. La douleur n'est pas constante. Le sarcome limité à la cloison n'est pas douloureux. La tendance à l'accroissement rapide s'observe surtout dans le sarcome nasal et moins dans celui de la cloison. D'ordinaire le sarcome nasal a l'aspect d'une tumeur grosse comme une petite noisette, souvent appendue à la cloison cartilagineuse. Il est habituellement rouge, pédiculé et saigne au toucher. Le diagnostic doit être basé sur l'examen microscopique, bien qu'on puisse commettre des erreurs. On distinguera le sarcome de l'hématome de l'abcès et du polype muqueux, et surtout de l'épithélioma et du cancer. L'épithélioma a l'aspect d'une tumeur fongueuse ulcérée, et, comme le carcinome, il est associé à la cachexie avec tuméfaction des lymphatiques voisins. Guérison dans 30 cas. Mortalité : 46 % et peut-être plus de 50 %. Sur les 30 malades guéris, 13 furent opérés par le procédé radical et 15 par la voie intra-nasale. Cette dernière sera indiquée quand la tumeur est située très avant et attachée au septum.

Discussion.

LEDERMAN dit que les trois ou quatre malades qu'il a observés avaient moins de 40 ans. L'âge a une grande importance au point de vue du pronostic. D'ordinaire ce sont surtout les lésions antérieures qui guérissent. La prédisposition héréditaire et le catarrhe nasal aident probablement au développement de ces néoplasmes qui souvent ne sont pas reconnus au début. Plus on trouve de tissu normal à l'examen microscopique, plus le pronostic sera favorable. Il est possible qu'un traumatisme survenu lors de l'ablation des polypes puisse déterminer l'apparition de sarcomes du nez. On

devra opérer assez rapidement. Dans nombre de cas l'engorgement des glandes fait défaut ou est à peine apparent, excepté lorsque la tumeur s'étend en arrière. Chez un malade, le Dr Dawbarn a dû faire la ligature bilatérale de la carotide externe.

On laissa écouler quelques jours entre les deux ligatures, au bout de peu de mois, la tumeur était réduite d'un tiers de son volume primitif. L'opération radicale pratiquée ultérieurement, par Dawbarn a donné les meilleurs résultats. On avait eu affaire à un sarcome à petites cellules rondes avec très peu de substance intercellulaire.

PHILLIPS dit qu'au premier abord il est malaisé de reconnaître l'origine de la tumeur, qui souvent provient de l'antre, rarement des cellules ethmoïdales ou sphénoïdales. Le sarcome nasal primitif est une exception. L'âge a certainement de l'importance au point de vue étiologique, la plupart des malades ont de 40 à 45 ans. Parfois le sarcome survient chez de jeunes enfants à la suite d'un traumatisme. Les principaux symptômes sont l'épistaxis et la douleur, c'est seulement au bout de trois ans qu'on peut considérer un malade comme définitivement guéri.

WRIGHT dit que deux auteurs italiens ont traité la question de la bénignité du sarcome de la cloison nasale ; en effet W. a presque toujours observé la guérison. Le diagnostic différentiel du sarcome nasal à petites cellules rondes est très difficile à cause de sa ressemblance avec la syphilis. Beaucoup de sarcomes régressent pendant quelque temps, sous l'influence de l'iodure. Jamais W. n'a observé de dégénérescence maligne certaine d'une tumeur bénigne.

QUINLAN a observé un angiome de la cloison et un fibro-sarcome qui ont récidivé sous la forme sarcomateuse. Il a déjà relaté l'observation d'une femme à laquelle on avait enlevé un polype muqueux ordinaire. Trois ans après elle revint avec un énorme ostéo-sarcome envahissant tout l'antre et le plancher de l'orbite. La ligature de la carotide est un vieux procédé qui a été décrit par J. D. Bryant.

MYLES parle d'une tumeur de la cloison qu'on reconnut à l'examen bactériologique être un sarcome. Elle avait une coloration gris bleuté. L'incision livra passage à des caillots sanguins. Le malade refusa une intervention sur la cloison qui, pratiquée à temps, aurait pu le remettre.

HARRIS dit que plus de la moitié des tumeurs de la cloison cartilagineuse guérissent, mais il est partisan de l'extraction d'une portion de la cloison.

Séance du 26 avril 1899 ⁽¹⁾.

Président : R. C. MYLES.

19. F. H. BOSWORTH, M. J. ASCH, J. O. ROE, A. WATSON, E. B. GLEASON et H. B. DOUGLASS. — **Traitement des sténoses nasales dues aux déviations de la cloison avec ou sans épaississements de la partie convexe.** — Communications qui seront analysées ultérieurement et qui ont donné lieu à la discussion suivante.

Discussion.

J. WRIGHT dit qu'il y a autant de manières de corriger les déviations de la cloison que de traiter la phthisie pulmonaire. Dans certains cas, il est impossible de remédier à la déviation. Les opérations fournissent des résultats variables. Chez les enfants de 8 à 12 ans, il est extrêmement difficile d'obtenir des succès, vu la peine qu'on éprouve à les surveiller durant le traitement consécutif. W. n'a jamais eu recours au procédé de Roe, mais il croit qu'il s'adapterait parfaitement pour les enfants. La plupart du temps W. a employé la méthode de Asch. On ne pouvait fracturer la cloison cartilagineuse, mais l'auteur croit qu'avec la pince de Roe on viendrait plus facilement à bout de cette résistance. La déviation du septum osseux est fort rare. Les éperons ne sont pas communs sur la cloison osseuse; d'habitude ces éperons ne sont que des dépôts osseux formés sur le septum cartilagineux. Récemment, W. a introduit un tube du côté libre et a supprimé le tampon de ce côté. Il s'est produit un gonflement considérable, puis on n'a plus trouvé trace de tampon.

W. a rencontré assez souvent des sinusites frontales ayant eu pour origine une déviation de la cloison, il a toujours perforé cette dernière, puis inséré un drain pour faciliter l'évacuation du pus de l'antre ou du sinus frontal.

J. E. NEWCOMB trouve que l'opération de Asch réussit souvent, mais pas invariablement. Les malades devant être surveillés pendant quelque temps, ceux qui guérissent le mieux sont les hospitalisés.

H. H. CURTIS a vu des accidents survenir à la suite de toutes

⁽¹⁾ D'après le *Laryngoscope*, Juin 1899.

ces interventions : otites moyennes, hémorragies, etc. Personnellement C. a été satisfait de l'emploi de la scie et de la tréphine. Dernièrement il a pratiqué l'opération de Asch chez un enfant en prenant toutes les précautions aseptiques, mais au bout de deux jours il y a eu de l'inflammation. Le Dr Asch dirait probablement que c'est parce que les instruments étaient sales, mais C. pense que c'est le séjour du tampon qui doit être responsable des accidents septiques. Mieux vaudrait discuter la nature de ces derniers que d'insister sur les succès obtenus.

A G. ROOR attache peu d'importance à l'hémorragie consécutive aux opérations sur la cloison. Chaque procédé offre des avantages et des inconvénients. La scie de Bosworth est un excellent instrument. R. s'est servi avec succès de la méthode de Asch qu'il a légèrement modifiée d'après la manière préconisée par Douglass. Il préfère couper le septum avec un bistouri avant d'introduire le tampon de Asch. Il n'a pas pu fracturer complètement les portions affectées de la cloison cartilagineuse. L'introduction des attelles s'est effectuée aisément. Les déviations du septum cartilagineux sont excessivement rares. Le but principal d'une opération sur la cloison est de rétablir la respiration nasale.

E. MAYER dit qu'on supposerait d'après cette discussion qu'on a pratiqué des milliers d'interventions sur la cloison. Il a apporté une grande attention à la fréquence relative de ces opérations. Au Manhattan Eye and Ear Hospital, en un an, sur 1401 malades souffrant d'affections nasales, dont 133 atteints de déviations de la cloison, on a fait 29 opérations, 10 par le procédé d'Adams, et 19 par celui de Asch.

A la New York Eye and Ear Infirmary, beaucoup de malades ont été adressés au Dr Asch pour être opérés et le pourcentage des interventions a augmenté d'un tiers. Au cours de l'année passée on a pratiqué 87 opérations de Asch. L'auteur rapporte ces chiffres parce qu'un confrère a prétendu avoir effectué 3.000 opérations de cette nature.

M. est d'avis que la méthode de Asch peut guérir toutes les formes de déviation de la portion cartilagineuse. Il n'a jamais eu d'accidents, mais il ne faut employer la pince de Asch que pour la compression.

E J. HARRIS dit que les personnes peu expertes en rhinologie devront se borner au traitement par la scie de Bosworth dans les cas simples, l'opération de Asch sera réservée aux cas compliqués. Il en a été très satisfait, mais dans la clientèle elle est un peu effrayante.

B. DOUGLASS fait remarquer que c'est Asch qui le premier a reconnu qu'on pouvait sans crainte inciser la cloison. Les accidents qui peuvent survenir au cours des interventions sont : 1° l'hémorrhagie ; 2° l'infection ; 3° la cellulite diffuse ; 4° la perforation. D. a toujours pu enrayer l'hémorrhagie au moyen du peroxyde d'hydrogène ou par des applications de glace sur le nez. On évitera l'infection en prenant les précautions chirurgicales habituelles. Parfois la cellulite septique s'étend à l'oreille, mais fort rarement. Les perforations sont aussi exceptionnelles. D. préfère son procédé à celui de Asch.

GLEASON trouve que toutes les opérations qu'on a décrites peuvent réussir si elles sont bien effectuées. Par sa méthode il est inutile de faire rester au lit et d'anesthésier complètement le malade.

ASCH n'a jamais observé d'hémorrhagie, ni d'otite moyenne à la suite des opérations sur la cloison et il attribue cette immunité à son asepsie soigneuse. La méthode de Roe offre beaucoup d'analogie avec la sienne, sauf qu'il emploie d'autres instruments et un pansement à la gaze iodoformée. Au début, A. se servait aussi de ce pansement, mais actuellement il le remplace par un tube de caoutchouc durci auquel il attache la même importance qu'à l'opération elle-même.

Séance du 24 mai 1899 ⁽¹⁾.

Président : R. C. MYLES

20. J. WRIGHT rapporte qu'au cours de ces dernières semaines il a observé trois ou quatre cas de **tumeurs laryngiennes**. Il éprouva beaucoup de difficulté à retirer l'une d'elles avec les pinces en usage. Finalement l'auteur eut recours à son serre-nœud dont il se servit avec le même succès que pour le nez.

WRIGHT montre également l'embouchure d'une seringue ordinaire à irrigation nasale. Wilhelm Meyer, de Copenhague, lui avait écrit il y a longtemps pour lui signaler un instrument de son invention destiné à laver les fosses nasales dans les cas de rhinite atrophique ayant remarqué la difficulté de détacher les croûtes adhérentes dans les portions supérieure et postérieure du nez. Meyer avait joint à sa lettre des instruments destinés à remédier

⁽¹⁾ D'après *The Laryngoscope*, août 1899.

à cet état de choses. C'étaient trois longs tubes perforés pouvant s'adapter à une seringue. La pression de l'eau projetait directement le courant sur la région ethmoïdale, le tube étant posé sur le plancher nasal, et ainsi les croûtes se ramollissaient. Craignant que les malades ne fussent pas aptes à manier ces tubes, Wright appliqua simplement une embouchure de caoutchouc durci à l'extrémité d'une seringue rétro-nasale que les malades peuvent introduire dans le nez et avec laquelle ils dirigent le courant du côté des cornets. Le résultat est satisfaisant.

Discussion.

F. J. QUINLAN croit que le caoutchouc durci, dans le cas d'obstruction très prononcée, peut entraîner l'érosion de la muqueuse. Il préconise un long tube de caoutchouc emmanché sur une seringue ; ainsi on peut irriguer et empêcher le liquide de pénétrer dans la trompe d'Eustache, en prévenant le malade de garder la bouche ouverte et d'éviter tout mouvement de déglutition.

J. WRIGHT dit que la seringue doit être employée dans les cas de rhinite atrophique où les lavages de l'arrière-nez ont échoué ; c'est-à-dire lorsque l'atrophie est considérable.

21. R. C. MYLES. — **Pulvérisation avec une pompe à bicyclettes.**
— M. présente un appareil à pulvérisations actionné par une pompe à bicyclettes avec lequel la pression peut monter jusqu'à 30 livres.

Discussion.

M. D. LEDERMAN craindrait qu'une pression si élevée pût déterminer des troubles auriculaires en laissant l'appareil entre les mains du malade. Peu de personnes savent se moucher convenablement. Souvent elles se bouchent les deux narines en essayant d'évacuer la sécrétion nasale, tandis qu'une des deux fosses nasales doit toujours demeurer libre. On prendra garde aussi de faire pénétrer quelque liquide dans la trompe d'Eustache. Beaucoup de lésions de l'oreille moyenne sont imputables à un mauvais usage de la douche nasale. L. est d'avis qu'il ne faut recourir à cette dernière que lorsque les narines sont larges ou à la suite d'une rhinite atrophique. Quand une fosse nasale est obstruée, le liquide ne peut s'échapper de ce côté et parfois il pénètre dans la trompe.

W. C. PHILLIPS ne trouve pas qu'il y ait d'inconvénient au point de vue de l'oreille moyenne, à se servir d'un liquide aseptique. Il est d'avis qu'on peut introduire de l'huile et des solutions aseptiques sans danger d'otite moyenne.

J. WRIGHT dit qu'on dilue le mucus nasal postérieur qui est rempli de staphylocoques et de streptocoques qui pénètrent alors dans l'oreille. Il trouve dangereux et inefficaces les lavages effectués par les malades, à moins qu'on ne leur recommande de ne pas se moucher après afin d'éviter la propagation à l'oreille moyenne. D'ordinaire les malades irriguent seulement les ailes du nez et non la région ethmoïdale, ce qui fait que le but désiré n'est pas rempli.

22. THOMSON. — **Papillomes laryngiens guéris par une opération.**

— T. présente une malade de feu, J. E. Nichols, qui commença, en février 1895, à souffrir d'une dyspnée qui au bout d'un an entrava notablement sa respiration. Trachéotomie en avril 1895, en juin on retira un ou deux papillomes à travers la plaie trachéale, en trois séances toutes les tumeurs furent excisées. Elles occupaient les cordes vocales. La parole revint en janvier 1898, et elle persiste encore bien qu'un peu enrouée. Quelques notes de musique peuvent être émises. Depuis deux mois, la plaie trachéale, ouverte depuis trois ans, est close.

Discussion.

F. J. QUINLAN montre un enfant amené à l'hôpital Saint Vincent, cyanosé, après avoir avalé un clou d'acier qu'on trouva enclavé dans les cordes vocales. Echec des tentatives d'extraction endo-laryngée. Anesthésie et incision médiane du cartilage cricoïde. Ablation du corps étranger. Nettoyage et suture de la plaie. L'enfant fut mis au lit et on lui défendit de parler. En huit jours il était remis et actuellement c'est à peine si on découvre la ligne de l'incision. Q. pense que la canule à trachéotomie prédispose à la pneumonie septique.

T. P. BERENS présente un homme de 46 ans qui vint le consulter en novembre 1895 et lui raconta que depuis un an il avait perdu la voix ; il maigrissait et transpirait la nuit.

A l'examen du larynx, on découvrit une tumeur œdémateuse, blanche, provenant du ventricule gauche et ayant l'apparence d'une *éversion du ventricule*. On ne distinguait que la partie antérieure de la corde vocale. Après l'ablation de la tumeur on vit

la corde représentée en avant par un petit nodule ; le reste de la corde faisait défaut et sa base était ulcérée ; œdème aryténoïdien bilatéral.

Bacilles dans les crachats. Des injections de créosote amenèrent la réduction des aryténoïdes, mais rien de plus. Curettage et applications de mono-ortho chloro-phénol à la base. Badigeonnages quotidiens du larynx avec de l'ichtyol pur pendant trois mois, puis tous les deux jours durant six autres mois. Le traitement fut prolongé pendant une année au bout de laquelle les bacilles tuberculeux avaient complètement disparu. Excision du nodule de la corde vocale suivie du retour de la voix. Maintenant le malade s'exprime intelligiblement. Depuis 1896, la guérison s'est maintenue.

WRIGHT. — Après la trachéotomie, on a l'habitude de laisser la canule en place pendant un certain temps, ce que je n'approuve pas. Je suis d'avis de refermer la plaie après l'extraction du corps étranger. Si c'est nécessaire, on pratiquera une seconde trachéotomie à l'hôpital et on ouvrira de nouveau la plaie, mais on évitera autant que possible de laisser la canule à demeure.

23. W. FREUDENTHAL. — Deux cas de calculs salivaires dans les glandes sous-maxillaires. — F. présente un négociant de 43 ans qui, l'an dernier, remarqua un gonflement de la gorge qu'il prit pour une glande tuméfiée. Au début, l'enflure augmentait seulement pendant la mastication et était peu douloureuse. Après les repas il se produisait un écoulement. Depuis deux mois ce dernier ne se manifeste que tous les trois, quatre ou six jours. Le malade est sujet à des angines tous les hivers. En sondant le canal de Wharton, on sent dans le fond de la glande sous-maxillaire une masse dure que l'on peut aussi toucher avec le doigt. Il s'agit certainement d'un calcul salivaire. Le malade refusant l'opération, on injecta dans le conduit différents liquides afin de provoquer la dissolution du calcul mais en vain, car ce dernier n'a pas diminué de volume depuis deux mois.

Le second malade est âgé de 37 ans, il se rappelle qu'étant enfant il a souffert d'une tuméfaction de la partie droite de la gorge qui disparut en une semaine mais reparut il y a dix-huit mois et subsiste encore. L'an dernier un médecin incisa un gonflement sous-lingual d'où sortirent deux petits calculs et du sang. Le calcul sous-maxillaire sera enlevé bientôt.

Discussion.

WRIGHT raconte qu'il a observé récemment à sa clinique un calcul mesurant $7/8$ de pouce d'une part et plus d'un demi-pouce de l'autre. Il devait être renfermé dans le conduit et la glande. Il y a plusieurs années, W. incisa un gonflement sous-lingual chez une femme venue à la clinique, en introduisant une sonde on livra passage à une quantité de grumeaux provenant d'une cavité extrêmement profonde qui devait être le canal salivaire dilaté.

R. C. MYLES a vu plusieurs cas de calculs salivaires dont l'un chez un homme en vue dans le monde littéraire. Il était atteint d'un kyste de la glande sous-maxillaire atteignant les muscles et l'os hyoïdien. M. essaya de le guérir par une incision à travers la bouche et l'insertion d'un tube. Pendant environ six mois tout alla bien, puis l'inflammation reparut et le malade alla trouver un chirurgien, qui ouvrit la cavité, eut le calcul et cautérisa la base avec le Paquelin. La récédive fut rapide, alors le malade consulta un autre chirurgien, qui fit l'ablation des glandes sous-maxillaire et linguale par la voie externe. Le malade continua à souffrir de sécheresse unilatérale de la bouche et mourut dément.

L'auteur a observé un officier anglais, porteur d'une tuméfaction étendue avec trajets fistuleux le long du maxillaire inférieur; plusieurs chirurgiens diagnostiquèrent une tumeur maligne du cou. Le Dr Mackenzie reconnut l'existence d'un calcul qu'on enleva et le malade guérit.

Il y a quelques mois, un malade affecté d'un calcul au centre de la glande sous-maxillaire souffrait énormément en mangeant, il consentit à une opération interne. Le nerf gustatif passait obliquement, en partant de la langue, à travers le maxillaire inférieur, près de la seconde molaire, au-dessus de la glande, et près du conduit. Le calcul était situé derrière le nerf, il fut très difficile à déloger, malgré la cocaïnisation. Le malade se trouve bien actuellement.

FREUDENTHAL a opéré de la même manière un jeune homme atteint d'un calcul sis très profondément.

24. R. C. MYLES. — *Opération de Gleason dans un cas de déviation de la cloison.* — M. fit l'opération en moins de dix minutes, sans insérer de tube, le malade ne devant pas revenir se faire soigner à la clinique. Quand il reparut, on constata que le résultat était meilleur qu'avec l'emploi du tube.

25. M. D. LEDERMAN. — Un cas de sarcome nasal endothélial. — L. présente un brasseur de 41 ans, né en Suisse, et ayant travaillé six ans auparavant en Allemagne. Pneumonie à 11 ans. Bons antécédents. Arrivé en Amérique en 1891 ; épistaxis en 1892 ; surtout au printemps et jusqu'à trois fois par semaine. Ces épistaxis persistèrent durant quatre années, puis cessèrent l'an passé. Au cours de l'hiver 1896-97, le malade éprouva de la difficulté à respirer par la narine droite, il consulta un médecin qui reconnut l'existence d'une tumeur et conseilla son ablation qui fut repoussée.

Le malade retourna en Suisse, où un chirurgien lui enleva une portion de la tumeur à travers le nez et le pharynx nasal. L'opération fut suivie d'une hémorrhagie qui dura une demi-heure. Depuis, chaque fois qu'on intervient sur le nez, on provoque une épistaxis.

En août 1898, en se mouchant, le malade rejette un fragment de tumeur gros comme une noisette. Légère hémorrhagie. A la suite de cet incident, la respiration devient plus facile.

Depuis l'été de 1898, les deux fosses nasales sont obstruées ; écoulement muco-purulent considérable et sensation de pression dans la région frontale. Etat général parfait. A l'examen on voit dans la région postérieure des deux narines une masse de tissu rougeâtre remplissant les méats inférieurs mais épargnant les cornets moyens. La tumeur semble faire issue de la paroi externe droite des narines. A l'éclairage par transparence, léger réflexe lumineux des deux côtés. La tumeur se propage au rhino-pharynx, comprime l'orifice droit de la trompe d'Eustache et pénètre dans l'espace postérieur gauche sans toucher la surface externe. Elle n'est pas attachée à la voûte pharyngienne et la cloison nasale n'est pas perforée.

En arrière, la tumeur a l'aspect d'un chou-fleur. ^eDiagnostic microscopique de sarcome. Examen d'un fragment par J. Wright qui reconnut que la masse de la tumeur était composée de cellules fuselées, supposées originaires du tissu fibreux des vaisseaux sanguins. W. croit qu'on est en présence d'un sarcome endothélial.

26. — H. CURTIS. — Deux radiographies de l'antre montrant des dents enclavées. — C. montre deux radiographies. Sur la première on voit que l'écoulement de l'antre ayant persisté deux ans après l'extraction de la première molaire et des irrigations constantes provenait en réalité d'une racine de la seconde molaire ayant pénétré dans l'antre.

La seconde représente un ostéome occupant l'autre gauche un an après l'ablation d'un ostéome droit ayant envahi l'orbite et opéré par Weir. L'éclairage par transparence avait été absolument inefficace.

27. W. FREUDENTHAL. — Un cas d'hydrorrhée nasale. — F. présente une femme de 29 ans, mariée depuis onze ans, sans enfants et très nerveuse, ayant été soignée pour des maux d'estomac. Depuis cinq ans, elle éternue tous les matins et son nez coule pendant plusieurs heures. Elle recueillit le pus et m'apporta une bouteille de quatre onces remplie du liquide recueilli en deux heures. Nous avons affaire à une hydrorrhée nasale d'origine nerveuse.

F. cite encore le cas d'un malade souffrant d'insomnie et adressé à l'auteur pour une déviation de la cloison. Opération de Asch ; le soir l'écoulement nasal apparut et dura toute la nuit. Depuis il n'a jamais reparu.

Discussion.

H. H. CURTIS ne croit pas à l'existence d'une hydrorrhée nasale vraie, il pense que l'écoulement provient des cellules ethmoidales et des sinus.

QUINLAN a vu il y a quelques années une jeune femme affectée d'un larmolement qui dura trois ou quatre semaines après la mort d'un parent, des quantités considérables de liquide s'écoulaient à travers le nez et la malade mouchait sans cesse. Il est certain que cet écoulement muco-séreux provenait des fosses nasales. La muqueuse du nez est parfois très active. Les sinus sont des cavités pneumatiques qui ne sécrètent pas de masses glanduleuses. Cet état simulait l'hydrorrhée.

LEDERMAN. — Cette malade ne souffrait pas. Aussi le liquide ne venait-il pas du sinus, sans cela elle aurait accusé une sensation de pression.

Wright a vu un cas d'hydrorrhée après l'avulsion d'une dent. L'écoulement profus était originaire de la muqueuse nasale. W. n'est pas de l'avis de Curtis qui prétend que l'hydrorrhée nasale vraie n'existe pas et vient seulement des sinus. Sur une coupe de muqueuse normale examinée après avoir séjourné dans la celloidine, on voit des détritits cellulaires charriés par le sérum des vaisseaux sanguins de l'épithélium à la surface.

CURTIS demande si Wright a vu des écoulements se produire à

travers la lame criblée. C. a observé une femme affectée trois jours par semaine d'une sécrétion nasale aqueuse. L'auteur est convaincu que la membrane recouvrant les cornets était le siège de la lésion mais que l'écoulement était d'origine nerveuse et se produisait à travers la lame criblée ou les cellules ethmoïdales.

WRIGHT. — Curtis croit-il que la lame criblée permette au liquide cérébral d'envahir directement le nez sans solution de continuité dans la muqueuse nasale et l'enveloppe cérébrale ?

FREUDENTHAL. — J'ai examiné ma malade plusieurs fois et n'ai jamais trouvé de sinusite ; je crois que l'écoulement provient de toutes les parties du nez où se trouvent des glandes muqueuses.

28. T. J. HARRIS. — **Un cas de sinusite maxillaire.** — H. soigne depuis plus d'un an une femme souffrant d'une affection nasale d'origine traumatique. A l'examen on ne trouva ni nécrose, ni lésion du septum. Pensant à une sinusite on intervint sans succès sur les deux cornets moyens ; les douleurs allèrent en augmentant. Il y a quatre mois apparut du côté droit une suppuration, ouverture de l'antre et issue de pus. La souffrance persiste malgré les lavages quotidiens. Au bout de deux mois, Myles vit la malade et proposa un traitement plus radical. On ouvrit de nouveau l'antre par la paroi antérieure et on curetta les cellules ethmoïdales. Depuis l'écoulement est enrayé. Irrigations du sinus avec de l'eau salée et boriquée alternativement. On injecte tous les trois jours 15 grains d'iodoforme dans l'antre. La douleur n'est pas beaucoup atténuée. L'antre est presque fermé drainage à travers le nez. Issue de pus des cellules ethmoïdales. Harris se demande s'il ne faudrait pas éviter ces dernières, il croit que la sinusite est accompagnée de troubles nerveux.

Discussion.

MEIERHOF ne pense pas que Harris soit intervenu assez radicalement. Peut-être les névralgies sont-elles dues à la pression dans l'antre. L'ouverture a dû être insuffisante pour explorer l'antre d'Highmore. M. croit qu'il aurait fallu ouvrir la fosse canine et faire une opération plastique ou retirer toute la paroi de l'antre afin de s'assurer qu'il n'existe pas d'affection de l'antre d'Highmore. On pourrait aussi explorer les cellules ethmoïdales.

MYLES. — Au moment où je vis l'antre, les parois étaient plus ou moins épaissies par des granulations et le périoste était enflammé. Je n'examinai pas le sinus frontal. Il se peut que le cin-

quième nerf ait été irrité par la périostite sous-oculaire. Le meilleur mode de traitement aurait consisté à enlever tout le tissu malade. La jeune fille avait des narines étroites dans lesquelles on pénétrait malaisément ; elle aurait pu être soumise avec succès à l'hypnotisme. Souvent l'abus de la chirurgie de l'antre détermine des troubles nerveux.

29. HARRIS. — **Nécrose de la cloison avec formation de croûtes.**
— H. soigna l'hiver dernier un jeune homme atteint de sténose complète de la narine droite. A l'examen on trouva une déviation prononcée de la cloison ; le cartilage s'était perforé quinze jours avant. Insomnie. Avec la scie et la pince, H. pratiqua une ouverture à travers la fosse nasale droite et la maintint béante. Pendant trois ou quatre mois, le malade respira et dormit normalement. La douleur avait presque totalement cédé. Mais à la suite de l'intervention des croûtes se formèrent et pénétrèrent du pharynx dans le nez. Les végétations adénoïdes furent retirées avec la pince en deux séances. Bien qu'il nie la spécificité, le malade absorbe depuis quinze jours trois doses d'iodure par jour.

Discussion.

WRIGHT croit qu'on est en présence d'une syphilis typique. Le pharynx nasal est certainement infiltré. Il y a sur un cornet un nodule ressemblant à une gomme, s'il n'est pas syphilitique, c'est un néoplasme. Il ne ressemble pas au lupus, mais il n'attaque pas l'os. W. est sceptique au point de vue des dénégations du malade, toutefois il ne peut émettre que des hypothèses. L'iodure de potassium administré durant six semaines n'a provoqué aucun accident. Dans la syphilis tertiaire, le mercure doit être combiné avec l'iodure.

CURTIS partage l'avis de Wright. Quand on ordonne un bain tiède deux heures après l'ingestion d'iodure, le malade peut supporter d'énormes doses de ce médicament. On peut aussi appliquer sur la muqueuse nasale de l'onguent de Crédé à 1 0/0 incorporé à de la lanoline fraîche.

MYLES. — Le traitement ordinaire est peu efficace contre ces croûtes ; M. a employé des frictions accompagnées de sprays alcalins, de l'usage d'acide borique mêlé d'aristol, d'ichthyol, de solutions d'acide lactique à 25 0/0, qui lui ont réussi.

LEDERMAN a été satisfait de la pilocarpine.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE LARYNGOLOGIE

Séance du 3 février 1899 ⁽¹⁾.

Président : Prof. P. HEYMANN.

Secrétaire : A. ROSENBERG.

1. M. SCHEIER. — Sur l'autopsie du pharynx nasal. — Tandis que jusqu'à présent on retirait le naso-pharynx après avoir enlevé la calotte crânienne, le cerveau, et scié une portion de la base du crâne, S. propose d'extraire directement le pharynx nasal, après avoir incisé le plancher buccal et séparé les muscles aboutissant à la langue, en ayant soin que le couteau ne dépasse pas la paroi interne du maxillaire inférieur. Lorsque la langue est complètement détachée de ce dernier on la tire sous le menton. Alors que jusqu'ici on sectionnait le voile palatin sur la paroi buccale, au-dessus de la luette et du pharynx, de façon que la partie supérieure du pharynx demeurait cachée, on pénètre entre le voile et la voûte du palais, en se maintenant contre l'os au moyen d'une incision frontale dans la cavité nasale. La tête du cadavre doit être fortement penchée en arrière, la section atteint la base du crâne et latéralement la portion postérieure des apophyses sphénoïdales. Ainsi les choanes sont séparées de la portion antérieure du nez. Ensuite on détache la paroi pharyngée postérieure de la colonne cervicale, en même temps qu'on incise le tissu rétro-pharyngien lâche jusqu'au fibro-cartilage basilaire. Puis on dégage les parois latérales du naso-pharynx, par une incision des muscles pharyngiens, et la trompe d'Eustache surtout vers l'extérieur, c'est seulement alors qu'on dégage le toit pharyngé sur un côté du cartilage basilaire. On voit ainsi parfaitement la cavité naso-pharyngienne à travers les choanes ; on détache aussi la plus grande partie du cartilage de la trompe d'Eustache.

2. PETERSEN. — Malade de 20 ans atteint depuis douze ans de douleurs laryngo-nasales accompagnées de suppuration fétide et de chute de fragments osseux du nez. Guérison en dix-huit mois par des doses massives d'iodure de potassium et le traitement mercuriel.

⁽¹⁾ D'après la *Berliner klin. Woch.*, 25 septembre et 13 novembre 1899.

riel. Pour remédier à la destruction nasale on fit une opération plastique avec un os frontal. On reconnaît l'origine spécifique par les destructions étendues du pharynx nasal, l'absence de luette et les cicatrices pharyngiennes. Le ventricule droit disparaît complètement sous les cicatrices, et le ventricule gauche est traversé par une lacune mesurant 5 à 6 millimètres de long et 2 à 3 millimètres de large.

Discussion.

A. ROSENBERG. — L'absence de cicatrices sur la muqueuse environnant le ventricule, et la ressemblance de la lacune avec les fentes palatines congénitales, peut faire penser qu'il s'agit ici d'une anomalie congénitale.

PETERSEN. — C'est possible.

HERZFELD. — Il existe une grande analogie avec la perforation congénitale du voile du palais. D'autre part, il est probable que cette altération a une origine spécifique. S'il n'existe pas de cicatrice dans la périphérie du trou, on n'en observe pas non plus dans les perforations palatines acquises. H. a vu un orifice ovale se former à la suite de l'incision d'un abcès péri-tonsillaire. La muqueuse voisine revêt une coloration si normale, que tout le monde crut à une perforation congénitale.

A. ROSENBERG n'a pas dit que les perforations du voile palatin étaient toujours congénitales, elles peuvent aussi être acquises. Quand la perte de substance est de nature spécifique, il existe des cicatrices dans le voisinage.

HEYMAN, comme Herzfeld, a vu des altérations syphilitiques qui, au bout de quelques années, étaient si bien cicatrisées qu'on avait peine à les reconnaître.

A. ROSENBERG. — Les anciennes cicatrices syphilitiques sont souvent peu reconnaissables, mais un trou de ce genre ne peut avoir été produit par une ulcération, quand la muqueuse environnante est absolument normale.

3. A. ALEXANDER. — **Le protargol en rhino-laryngologie** (Ce travail a été publié *in extenso* dans l'*Archiv. f. laryng.*, Bd. IX, h. 1).

4. BENDA. — **Démonstration sur la structure des cellules vibratiles.** — Dans ces derniers temps plusieurs auteurs ont entrepris des recherches sur l'épithélium vibratile ; l'auteur discute leurs opinions et conclut pour sa part que les cellules vibratiles jouent un rôle passif.

Séance du 17 mars 1899

Président : B. FRAENKEL.

Secrétaire : P. HEYMANN.

1. HERZFELD montre un malade porteur de deux **perforations syphilitiques de la cloison** qui contracta la syphilis trois ans auparavant et malgré le traitement fut atteint de manifestations nasales tertiaires. La muqueuse du septum était très infiltrée, ulcérée à la surface, parsemée de croûtes fétides et en quatorze jours on observa l'apparition de deux perforations, l'une sise sur la portion cartilagineuse et l'autre plus en arrière et ayant la dimension d'une pièce de 20 pfennigs. Elles étaient séparées par un intervalle de 1 centimètre.

Ces deux perforations sont nettement distinctes, ce qui est fort rare.

2. *Discussion* sur la communication d'ALEXANDER. — **Le protargol en rhino-laryngologie.** — HERZFELD s'est servi du protargol dans les cas d'ozène pour des irrigations et des tamponnements sans grand résultat. La muqueuse nasale supporte bien des solutions de 1 à 2 $\frac{0}{0}$. A ce propos, H. dit qu'il a soigné trois frères atteints d'ozène sur une famille en comprenant six.

FLATAU n'est nullement enthousiaste de l'emploi du protargol.

ALEXANDER n'a également obtenu aucun résultat de l'usage prolongé du protargol chez des ozéneux auxquels il vaut mieux réserver des préparations borico-glycérinées.

Par contre, A. dit avoir observé d'heureux effets du protargol dans les cas de coryza vaso-moteur.

3. G. BRUHL. — **Préparation anatomique des sinus du nez.** — B. applique aux sinus les procédés employés par Katz pour l'oreille. Il rend les os transparents et injecte du mercure dans les cavités.

Séance du 12 mai 1899.

Président : B. FRAENKEL.

Secrétaire : P. HEYMANN.

1. RÖHR. — **Dysphonie spastique avec diplophonie.** — La malade a une voix de chèvre; âgée de 64 ans, elle est tombée malade

brusquement il y a cinq ou six ans. Ayant eu beaucoup d'ennuis durant sa vie, elle avait éprouvé à plusieurs reprises un embarras de la parole ainsi que des troubles de la marche et de la vision. Actuellement elle ne souffre plus, mais elle présente encore des accidents nerveux, la phonation est pénible et elle a du spasme laryngien. Le larynx est projeté en avant et semble dur comme chez quelques vieillards. Au laryngoscope, on voit que la colonne cervicale est très proéminente et que l'amygdale linguale est hypertrophiée. L'orifice laryngien est notablement rétréci. Inflammation chronique du larynx. Tuméfaction des ventricules et de la région sous-glottique. Lors de la phonation, les cordes vocales et surtout leurs deux tiers antérieurs se rapprochent, ainsi que les fausses cordes, de sorte qu'il est impossible de distinguer les vraies. Occlusion spasmodique de la glotte pendant la phonation.

2. SCHÖNSTADT. — Présentation d'un **miroir laryngien**. — Ce miroir, muni de deux réflecteurs, a l'avantage de recouvrir seulement une moitié du visage et de ne pas entraver la vision binoculaire en même temps qu'il permet aux rayons lumineux de converger tous vers le même point.

B. FRAENKEL, ROSENBERG et MUSEHOLD élèvent quelques objections contre l'emploi de ce miroir qui ne leur paraît pas adapté aux exigences de la vision individuelle.

IV^e CONGRÈS BIENNAL DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Compte : rendu par le Prof. G. GRADENIGO

Rome, octobre 1899.

La séance a été ouverte dans l'Aula de l'Académie de Médecine de l'Université Royale de Rome sous la présidence du Prof. Gradenigo.

Sociétaires présents : AJELLO, ARSLAN, BORGONI, DELLA VEDOVA DIONISIO, EGIDI, FARACI, GARZIA, GRADENIGO, GRAZZI, GUARNACCIA, ISAILA, LALATTA, MASINI, MARTUSCELLI, MASSEI, NICOLAÏ, NUOLI, POLI, PROTA, SECCHI, STRAZZA, TRIFILETTI, ZAPPAROLI ; *non sociétaires* : MONGARDI, RE, OSTINO, BOSIO, TANTURRI, FERRARA, D'AJUTOLO, LUNGHINI, TOMMASI, AMBROSINI, CAGNOLA.

Se sont excusés : LIMONTA, AIROLDI, GALLETTI, DE ORCHI, RICCI, BIAGGI, FASANO, MORPURGO et les membres honoraires DE ROSSI et DELSTANCHE.

Le président prononce un bref discours inaugural.

Il commence par vanter les avantages qui dérivent des réunions périodiques des sociétés médicales et les défend contre leurs détracteurs, en insistant sur le but des Congrès qui est de concentrer les fruits de l'expérience de chacun sur les questions controversées afin d'obtenir les avis des collègues les plus compétents. C'est à cette idée que répond l'usage de publier quelque temps avant les réunions les rapports afin que les divers points puissent en être discutés après une préparation suffisante. On a adopté cette manière de faire pour la session actuelle.

G. parle ensuite de l'événement le plus important au point de vue de nos spécialités survenu depuis deux ans, c'est-à-dire du 6^e Congrès International d'Otologie tenu à Londres. L'Italie y a été représentée, mais elle aurait pu mieux y figurer si on s'en était occupé davantage. G. rend hommage à la cordiale et sympathique hospitalité anglaise, à l'excellente organisation de la réunion et à l'exposition très réussie des pièces anatomiques et histologiques concernant l'organe auditif. Le grand nombre des communications annoncées, l'absence de groupement de celles qui traitaient le même sujet, la lecture des travaux ne contenant que des observations ont empêché que l'on discutât à fond les questions importantes. Toutefois le Congrès de Londres a démontré les progrès incessants de nos études et l'accroissement du nombre des spécialistes.

G. aborde ensuite l'organisation des grandes réunions de Médecine et de Chirurgie Générale, et croit qu'il serait bon à l'avenir de détacher de ces grandes assises les assemblées de spécialistes qu'on laisserait à l'initiative des sociétés spéciales tandis que les diverses spécialités formeraient seulement quelques sections dans les réunions générales.

Des télégrammes sont ensuite envoyés à de Rossi, à Delstanche, de Bruxelles, et à Morpurgo, de Trieste.

I. V. GRAZZI (Pise). — Sur la physio-pathologie des nerfs olfactifs (Rapport). — Exposition sommaire de l'anatomie et de l'histologie de l'appareil olfactif, l'auteur cite les diverses opinions ayant cours à propos de la motilité des cils terminaux des cellules olfactives, et étudie ensuite la fonction de l'odorat d'après les expériences de Fick, Paulsen, Zwaardemaker,

Franck sur les voies de pénétration de l'air inspiré à travers les fosses nasales. Le courant respiratoire provenant des fosses nasales antérieures décrit dans la cavité une courbe à convexité supérieure ; dans la respiration normale la partie la plus élevée de cette courbe n'atteint pas la fissure olfactive, tandis que ce fait se produit lorsqu'on flaire volontairement. G. trouve les résultats de l'expérience des taches olfactives sur le miroir (*Zwaardemaker*) insuffisants pour juger le degré de perméabilité nasale. Pour expliquer l'action des odeurs sur la terminaison du nerf olfactif, la meilleure hypothèse consiste à admettre l'existence des mouvements vibratoires spéciaux dans les molécules odorantes.

L'auteur présente les olfactomètres les plus récents, puis il décrit sa propre méthode d'olfactométrie, qui de même que les papiers réactifs dont se servent les physiiciens, donne au point de vue pratique une idée du degré de la fonction olfactive.

On prépare une solution d'acide benzoïque (tiré de la benzine, dans de l'alcool à la dose de un à cinq ; on verse dix gouttes de cette solution à la surface d'un disque de papier buvard blanc ordinaire mesurant cinq centimètres de diamètre. L'alcool s'évapore et le papier conserve l'odeur de benzine). Ces disques doivent être gardés dans une boîte fermée afin de conserver pendant quelque temps leur action stimulante ; avant de s'en servir, on s'assurera de l'évaporation de l'alcool qui déterminerait de l'irritation. On prend un de ces disques et on le recouvre avec dix petits carrés de carton bristol, au centre desquels on pratique des trous circulaires de un demi à cinq centimètres de diamètre. Le sujet examiné renifle à travers la partie cylindrique d'un entonnoir de cristal (diamètre maximum cinq centimètres, hauteur dix centimètres), de façon que la paroi évasée de l'entonnoir touche les petits cartons. A l'état normal, l'odeur de l'acide benzoïque est perçue à travers l'ouverture d'un demi-centimètre ; lorsqu'au contraire l'odeur ne parvient qu'à travers des trous plus étendus, on peut être certain qu'il existe une diminution plus ou moins accentuée de l'olfaction.

Dans une seconde partie de son rapport, l'auteur développe la pathologie de l'olfaction qu'il divise en plusieurs catégories :

- 1° Anomalies et déformations de l'appareil olfactif.
- 2° Traumatismes directs ou indirects des différentes parties de l'organe de l'olfaction.
- 3° Troubles fonctionnels et névrites olfactives dus à des lésions locales périphériques et centrales.

4° Névrites olfactives et troubles fonctionnels provoqués par des maladies générales.

5° Névrose du sens olfactif.

L'auteur termine son rapport par la lecture de plusieurs observations.

2. G. MASINI (Gènes). — **Sur la mesure du temps de la réaction olfactive.** — L'auteur a employé la méthode graphique, étudiant les réflexes respiratoires et cardio-vasculaires chez des hommes et des animaux auxquels il avait fait respirer diverses substances odoriférantes. Il choisit celles qui avaient un parfum assez intense pour stimuler la muqueuse nasale (solutions d'alcool camphré, d'assa fetida, essence de rose, diluées dans l'eau). Afin que l'odeur ne s'évaporât pas dans l'air, on la faisait pénétrer dans le nez au moyen d'un tube de gomme assez long dans lequel on insufflait de l'air chargé de parcelles odorantes. Le degré de réaction variait selon les doses employées. L'assa fetida et le camphre procuraient des réactions plus rapides que l'essence de rose ; les substances âcres et irritantes déterminaient une réaction plus prompte même à des doses minimales.

3. G. MARTUSCELLI (Naples). — **Recherches expérimentales sur les bulbes olfactifs.** — M. a cherché à détruire les neurones périphériques olfactifs en faisant naître chez des animaux des lésions plus ou moins graves de la muqueuse nasale par l'acide trichloracétique, le grattage, la galvano-caustique ou le fer rouge ; les bulbes furent traités par la méthode de Golgi. Les altérations les plus nettes des neurones centraux apparurent après l'emploi de l'anse chaude, les plus légères après le râclage et les moyennes après l'application d'acide. La fonction olfactive se rétablissait plus aisément chez les animaux opérés avec la curette que chez les autres. Ces expériences tendraient à faire admettre que les lésions de la muqueuse nasale, quelle que soit leur origine, sont toujours suivies d'altérations des bulbes olfactifs.

Discussion.

GRADENIGO dit qu'on a effectué à sa Clinique des recherches sur la valeur diagnostique de l'examen fonctionnel de l'olfaction dans les rhinites chroniques et les affections auriculaires secondaires. Dernièrement, de concert avec Kiesow, il a entrepris des expé-

riences sur le siège de l'impression gustative accompagnant certaines odeurs. On abolit la sensation des *douceurs* en badigeonnant la langue, le pharynx et la gorge avec une solution d'acide ginnémique et on reconnut ensuite que la saveur douceâtre de certains produits tels que le chloroforme, persistait et ne pouvait être perçue que par le nez. G. admet l'importance clinique des recherches de Martuscelli, mais il doute que les lésions bulbaires soient des névrites ascendantes ; il croit plutôt qu'on est en présence de banales inflammations des tissus avec altérations nerveuses secondaires.

4. G. D'AJUTOLO (Bologne). — **Emploi de la barbe de plume dans la thérapeutique des fosses nasales et du rhino-pharynx.** — Au lieu d'ouate et de pinceaux, l'auteur emploie des barbes de plumes de poulets pour nettoyer le nez et le pharynx et y porter des remèdes (Ce travail a été publié in-extenso dans l'*Archivio Italiano di otologia*, ecc., vol. IX, p. 194).

5. G. D'AJUTOLO. — **Spéculum nasal particulier.** — Instrument composé de deux valves réunies par un fil métallique servant de ressort. Ce spéculum est d'une extrême légèreté et tient seul en place.

6. T. DELLA VEDOVA (Milan). — **Observations sur l'étiologie de l'ozène et sa curabilité par la sérothérapie.** — L'auteur cite la théorie émise par Belfanti et lui sur l'existence du bacille pseudo diphthérique dans la sécrétion ozéneuse. De Simoni affirme que ce bacille n'a aucune valeur étiologique, puisqu'inoculé sur la muqueuse saine, il ne peut reproduire le processus ozéneux. On sait que l'ozène se développe lentement et peut être confondu au début avec d'autres rhinites sous l'influence de prédispositions locales et générales. Actuellement on ne peut donner le nom d'ozène qu'à des formes atrophiques et fétides, mais il pourrait s'appliquer aussi à quelques catarrhes chroniques avec écoulement fétide abondant qui sont probablement les prodromes de l'ozène. Ces faits contredisent la théorie anatomique, puisqu'ils démontrent que l'atrophie survient seulement à une période avancée. Le bacille appartient à la variété de Loeffler ; il n'est aucunement pathogène pour les cobayes, et la muqueuse atrophique manque parfois. Jamais on ne le rencontre dans les fosses nasales saines, affectées d'un léger catarrhe. Dans l'ozène le bacille simil-diphthérique peut être isolé ou accompagné de celui

de Lœwenberg-Abel. Les rhinites dues au bacille pseudo-diphtérique évoluent plus rapidement, l'atrophie est plus nette; la suppuration plus odorante; dans les rhinites provoquées par le bacille de Loewenberg, l'évolution est plus lente, l'écoulement plus fluide, l'odeur répugnante. La fétidité qu'on observe constamment dans l'ozène provient peut-être d'un ferment spécial, car si l'hypothèse de Cozzolino, l'attribuant à un mélange bactérien, était exacte, cette odeur se retrouverait dans d'autres régions de l'organisme.

La sérothérapie anti-ozéneuse ne peut vaincre les formes invétérées compliquées d'infections multiples, mais elle est utile au début dans les cas d'ozène diagnostiqués par la rhinoscopie et l'examen bactériologique. On se servira de petites quantités de sérum pendant un certain temps, en évitant de jamais dépasser 5 centimètres cubes. Si l'affection reparait on reprendra le traitement avec l'adjuvant de lavages du nez; on observe des avantages réels au point de vue de la crase sanguine et de l'état général (Ce mémoire a paru dans l'*Archivio Ital. di Otol.* Vol. IX, fasc. 4).

7. AMBROSINI (Milan). — **Etude comparée sur la thérapeutique anti-ozéneuse.** — L'auteur divise la rhinite fétide catarrhale chronique atrophiante spécifique en deux catégories principales : 1^o les formes de catarrhe dans lesquelles on remarque la présence de diverses sortes de bacilles ou amicrobiennes, 2^o les formes dans lesquelles existent des bacilles pseudo diphtériques. Il soumet ensuite de nombreux malades à une série de traitements qu'on peut diviser de la façon suivante :

a) Moyens médicaux; b) massage; c) électrolyse; d) sérothérapie antidiphtérique et il est arrivé aux conclusions ci-après :

1^o Tous les procédés thérapeutiques énoncés ci-dessus expérimentés dans la première catégorie de formes chroniques donnèrent des résultats mesquins et peu encourageants.

2^o Les remèdes compris dans les divisions a, b et c, échouèrent également dans la seconde classe de lésions chroniques.

3^o Seule, dans cette dernière catégorie concernant les formes à bacilles pseudo-diphtérique, la sérothérapie eut de bons effets.

Selon le degré de gravité de l'affection, on a pu améliorer ou même guérir radicalement des malades auxquels nul traitement n'avait réussi jusque-là.

A la fin de son travail, l'auteur se demande si on ne serait pas fondé à considérer la forme bacillaire simil-diphtérique comme spécifique pour l'ozène. Il tire de ses expériences la conséquence

logique que vu l'innocuité reconnue de la cure sérothérapique antidiphthérique et sa supériorité vis à vis des autres médications on doit toujours la proposer aux malades atteints de rhinite catarrhale fétide chronique atrophiante spécifique due au bacille simil-diphthérique.

8. CAGNOLA (Milan). — **La crase sanguine et l'économie générale de l'organisme chez les ozéneux soignés par la sérothérapie.** — C. étudie la pathogénie du sérum antidiphthérique pour le laver de l'accusation de nuire à l'état général du malade. Après avoir dans douze cas examiné l'hémoglobine, les globules rouges, les leucocytes, il tire les conclusions suivantes de l'existence de l'hémoglobine comme indice de l'hémolyse organique :

1° On peut instituer la sérothérapie chez les ozéneux, sans provoquer d'altérations de la crase sanguine ni de l'économie générale.

2° Le malade ainsi traité se trouve constamment en état de leucocytose. Donc l'action phagocytaire des globules blancs doit dès à présent être considérée comme un nouveau facteur de l'action curative du sérum contre l'ozène.

9. GRADENIGO. — **Les conditions actuelles du traitement de l'ozène.** — L'opinion selon laquelle l'ozène serait due au bacille pseudodiphthérique a perdu du terrain depuis qu'on a reconnu la fréquence de ce bacille, non seulement dans la muqueuse des premières voies aériennes, mais aussi dans le pus des otites moyennes suppurées chroniques. Si, d'une part, les résultats de la sérothérapie sont encourageants, ils offrent, au point de vue pratique, de graves inconvénients et sont trop éphémères pour qu'on soit autorisé à l'employer. La médication locale procure une atténuation de la maladie et une période de guérison relative ; on pourra essayer le massage, les préparations iodées, l'électricité sous la forme électrolytique ou galvanocautique. L'auteur pratique simultanément des injections intramusculaires d'iode métalloïde dans un but reconstituant. Pour atténuer la douleur, on mélange à l'iode du gaïacol synthétique selon la formule suivante (pharmacie chimique, C. Pormelli, à Turin).

Gaïacol synthétique. 20 ou 40 centigr.

Iode métallique et iodure de potassium

ana 10 ou 20 centigr.

Eau distillée et glycérine. ana cc. 3 5.

Discussion.

MASSEI tout en admirant les recherches de Belfanti et Della Vedova, dit qu'on n'a pas encore démontré que ce soit le bacille diphthérique et non celui de Loewenberg ou les deux associés qui causent le mal, et surtout que le bacille de Loeffler, perdant sa virulence, donne lieu à une forme d'affection chronique aussi dissemblable de la diphthérie. Quant à la reproduction de la fétidité, M. rappelle les expériences faites à sa clinique par Marano. Il ne croit pas que les études de Cagnola sur le sang suffisent à démontrer le pouvoir curatif du sérum.

MASINI a entrepris avec Genta des recherches sur la crase sanguine des ozéneux et a rencontré de l'hypoglobulie et des altérations multiples dans la forme et la résistance des globules. Il a trouvé aussi un spirille particulier sur la muqueuse des ozéneux. A son avis l'ozène est une tropho-névrose en relation avec les lésions du sympathique.

LUNGHINI pense que la possibilité de lésions initiales localisées permet d'exclure la nature infectieuse de l'ozène.

ARSLAN n'a jamais eu d'accidents par le sérum et croit que ses succès proviennent de l'hypérémie et de l'accroissement de la sécrétion muqueuse.

BOSIO préfère le massage à la sérothérapie.

GRAZZI ne reconnaît pas l'action spécifique du sérum qui, comme l'iodure de potassium, détermine l'hypérémie de la muqueuse et l'hypersécrétion.

GRADENIGO fait remarquer le changement survenu dans les idées de Belfanti et Della Vedova. Au début on croyait que l'ozène typique était engendré par le bacille pseudo-diphthérique ; aujourd'hui on admet que le bacille de Loewenberg peut provoquer la même affection. On est également partisan d'un traitement plus doux.

FARACI n'a pas vu l'avantage de la sérothérapie, comme remède local il a été satisfait de la créosote.

DELLA VEDOVA dit que dans la discussion, on a surtout combattu la sérothérapie tandis qu'il n'avait en vue que l'étiologie de l'ozène.

10. MASSEI (Naples). — **Les complications laryngées de la sarcomatose cutanée.** — Suivant de Amicis et Campana, le sarcome cutané serait secondaire à une lésion nerveuse. Massei est le premier qui signale les rapports des sarcomes multiples pigmentaires

de la peau avec les localisations laryngiennes et rapporte des observations accompagnées de **dessins histologiques**. Il conclut qu'il existe une relation clinique indiscutable entre les sarcomes multiples idiopathiques hémorragiques et les sarcomes endo-laryngés ; que les rapports entre les formes cutanées et laryngiennes sont plus fréquents qu'on ne le croit et qu'il faut examiner systématiquement la peau dans tous les cas de tumeur endo-laryngée et ne jamais négliger l'examen laryngoscopique des malades atteints de sarcomes cutanés.

Discussion.

ZAPPAROLI a observé un cas analogue et confirme les dires de M. relativement à la bénignité du pronostic.

11. GARZIA (Naples). — **Epistaxis spontanées**. — D'après des observations personnelles, G. attribue l'apparition des épistaxis spontanées à répétition, à des altérations particulières de l'organisme et indique la thérapeutique qu'il emploie.

Discussion.

GRAZZI et GRADENIGO attirent l'attention sur les relations de ces accidents avec l'artério-sclérose.

12. TRIFILETTI (Naples). — **Exploration directe des orifices des sinus maxillaires dans un cas de sinusite maxillaire double avec polypes multiples du nez et atrophie des cornets**. — Les orifices naturels des sinus maxillaires étant visibles dans ce cas par la rhinoscopie antérieure on put appliquer le traitement par les voies naturelles.

13. TOMMASI (Lucques). — **Méthode de Krause pour le traitement de la sinusite maxillaire chronique**. — L'auteur conseille d'avoir recours aux moyens simples avant d'intervenir radicalement ; il accorde la préférence au procédé de Krause qui évite la communication avec la bouche.

Discussion.

GRADENIGO. — Dans les sinusites récentes, tout traitement peut amener la guérison, mais l'opération radicale est indiquée dans les cas chroniques.

MASINI dit que souvent la simple perforation par la fosse canine se montre insuffisante.

14. FARACI (Palerme). — **Nouvel appareil pour le lavage des sinus.** — Cet instrument est destiné à faciliter le lavage par les voies naturelles ; des canules de modèles divers sont adaptées à un appareil de lavage spécial. (Le travail *in-extenso* a été publié dans l'*Archivio Ital. di Otol.* Vol. IX, fasc. 3).

Discussion.

GRAZZI ne trouve pas que l'appareil de Faraci présente les avantages annoncés par l'auteur.

15. TRIFILETTI (Naples). — **Lésions parasymphilitiques ou post-symphilitiques du larynx** (Rapport). — L'auteur compare les diverses lésions décrites par Fournier sous le nom de parasymphilitiques avec celles présentées sous la même appellation dans un travail récent de Massei. On dit que les lésions de Fournier sont primitives, ce qui n'est peut-être pas exact pour tous les cas comme pour la paralysie générale qui est précédée de lésions vasculaires du système nerveux, pour certaines formes d'épilepsie, pour les lésions de la caisse dans la triade de Hutchinson ; on dit que les lésions étudiées par Massei sont secondaires, ce qui ne peut se démontrer quand on considère la lenteur avec laquelle s'établissent certaines laryngosténoses membraneuses ou ankyloses de l'articulation crico-aryténoïdienne ou quelques paralysies récurrentielles n'ayant été précédées d'aucune lésion spécifique. T. est d'avis qu'il convient de distinguer les lésions parasymphilitiques des altérations post-symphilitiques du larynx. Celles qui ont été décrites par Massei répondent aux traits caractéristiques signalés par Fournier et consistant en une origine spécifique ressemblant à une autre lésion d'origine diverse mais rebelle à la cure anti-symphilitique. L'auteur relève le côté pratique de cette distinction.

16. EGIDI (Rome). — **Cinq cas d'intubation pour le croup chez des nourrissons. Nouveau mode d'alimentation.** — Bébés âgés de moins de neuf mois que l'auteur a sauvés malgré la suppression de l'allaitement remplacé par l'ingestion de fragments de gélatine parfaitement tolérée.

Discussion.

FARACI demande s'il ne serait pas plus facile pour introduire le tube de refouler la langue avec la spatule plutôt qu'avec le doigt. EGIDI s'est toujours bien trouvé de l'emploi de l'index.

17. ISAÏA (Naples). — **Laryngosténose grave avec lésions laryngiennes gommeuses. Périchondrite du larynx.** — Présentation du larynx d'un malade ayant succombé à une lésion gommeuse. L'auteur croit que ces altérations qui ne réagissent plus au traitement spécifique, peuvent être considérées comme parasyphilitiques.

18. GRAZZI (Florence). — **Considérations sur les gommés syphilitiques du voile du palais.** — G. montre la photographie d'une malade atteinte de gomme ulcérée du voile du palais et discute sur le diagnostic précoce de ces affections qui souvent passent inaperçues.

Discussion.

MASSEI déplore avec Grazzi le retard souvent apporté au diagnostic.

GRADENIGO est en désaccord avec le rapporteur sur la désignation de parasyphilitiques appliquée aux lésions laryngées ; il croit qu'il faut distinguer les altérations parasyphilitiques des restes d'affections spécifiques.

MASINI trouve également peu justifiée l'introduction d'un nouveau terme pour désigner certaines lésions observées dans la spécificité.

MASSEI. — Il faudrait s'entendre sur les altérations du larynx que j'ai appelées parasyphilitiques. Je ne tiens pas à la dénomination, mais je ne sais dans quel chapitre de la pathologie classer ces lésions qui, tout en étant engendrées par la syphilis, n'ont rien à voir avec elle.

19. POLI (Gênes). — **Corps étranger de la trachée.** — Fillette de 9 ans qui, après avoir avalé une perle de verre, eut un accès de dyspnée qui disparut rapidement. Au laryngoscope on découvrit la perle sous les cordes et elle se logea dans l'espace supérieur lors d'une quinte de toux. Par la radioscopie, on reconnut que le corps étranger était arrêté à la division des bronches. Devant

l'échec des tentatives d'extractions par les voies naturelles, on pratiqua la trachéotomie et le corps étranger sortit immédiatement à travers la plaie trachéale.

BOSIO (Milan) décrit une petite lampe électrique s'introduisant dans le conduit auditif externe pour éclairer la mastoïde par transparence.

20. AMBROSINI (Milan). — **Le xéroforme dans la thérapeutique oto-rhino-laryngologique.** -- Cette préparation a sur l'iodoforme l'avantage d'être inodore et de se prêter à toutes les combinaisons pharmaceutiques. L'auteur lui attribue une action anti-fermentative et disséquante.

21. GRAZZI (Florence). — **Instruments pour le traitement mécanique de la pharyngite granuleuse.** (Voir *Annales*, n° d'octobre 1899).

Discussion.

MASSEI préfère l'intervention chirurgicale.

DIONISIO est partisan de la cautérisation galvanique et de l'excision des granulations.

FARACI n'est nullement convaincu de l'efficacité de la méthode proposée par Grazzi.

POLI dit qu'il vaudrait mieux soigner les altérations primitives du nez et du pharynx nasal, que la pharyngite.

22. DELLA VEDOVA montre les photographies d'une installation électrothérapique établie à Milan pour pratiquer l'oto-rhino-laryngologie.

23. NICOLAÏ (Milan) présente des radiographies de corps étrangers du larynx et de la trachée. — Il montre sur des figures la situation de l'œsophage et du larynx dans l'hypertrophie de la glande thyroïde.

Discussion.

MASSEI insiste sur l'importance de toute nouvelle contribution à l'étude des corps étrangers du larynx et de l'œsophage. Il rappelle le cas d'un malade ayant avalé une aiguille enfilée; après avoir fait glisser le long du fil une petite bille perforée pour protéger la pointe, l'aiguille put être extraite.

24. DELLA VEDOVA montre :

- 1° Des préparations anatomiques et histologiques se rapportant à l'oreille et au nez (avec photographies à l'appui).
- 2° Un laryngoscope électrique.
- 3° Des lampes à courant d'eau continu pour les sinus.
- 4° Une pince pour réséquer le cornet inférieur.

25. D'AJUTOLO présente :

- 1° Un irrigateur buccal permettant toujours de laver convenablement cette cavité.
- 2° Des ciseaux condrotômes pour les déviations de la cloison nasale et un instrument pour l'abrasion du cornet inférieur.
- 3° Divers instruments destinés aux interventions sur l'oreille moyenne.

26. GRADENIGO montre :

- 1° Des photographies reproduisant diverses malformations et lésions de l'oreille et du nez.
- 2° Une série de diapasons pour l'examen fonctionnel de l'ouïe.
- 3° Un rétracteur du pavillon pour l'opération de Stacke.

27. CALAMIDA (Turin), présente une série de coupes histologiques ayant trait à différentes lésions nasales, pharyngées et auriculaires.

28. DIONISIO montre :

- 1° Un tampon pour les épistaxis.
- 2° Une scie nasale à arc.
- 3° Une poire à insufflations nasales par le procédé de Politzer.
- 4° Un endoscope nasal.

Dans la séance privée du 26 octobre, on procéda à la lecture et à l'approbation des comptes de la Société, au renouvellement du Comité Directeur et à l'admission de nouveaux sociétaires. On décida que le prochain congrès se tiendrait à Naples au printemps de 1900 à l'occasion de l'Exposition Nationale d'hygiène qui aura lieu dans cette ville et dans le but de préparer la participation de la Société au Congrès de Paris.

Le nouveau Comité est ainsi composé :

Président : G. MASINI (Gênes); *vice président*, FASANO (Naples);
conseillers : GRADENIGO (Turin); SECCHI (Bologne); *secrétaire de la société* : GARZIA (Naples); *secrétaire du conseil* : ARSLAN (Padoue);
trésorier : EGIDI (Rome).

On a proposé pour la discussion le sujet suivant :

La tuberculose des premières voies respiratoires et de l'oreille.

Le président est chargé de désigner les rapporteurs.

29. A la même séance le Prof. GRADENIGO a exposé ses idées à propos du **titre de spécialiste oto-rhino-laryngologiste**.

1° Etant donné la situation actuelle de nos spécialités, celui qui veut les exercer correctement doit posséder, outre une culture étendue et une pratique suffisante de médecine et chirurgie générales, la connaissance des méthodes d'examen et de traitement — d'une technique souvent si compliquée — particulières à ces spécialités.

2° Celui qui exercera la profession de spécialiste sans posséder les connaissances requises peut causer de graves dommages aux malades (malheureusement le fait se présente trop fréquemment) et contribuer ainsi à entretenir parmi les médecins et le grand public une défiance envers les spécialités.

3° Aujourd'hui les études universitaires ne peuvent former de bons spécialistes (les chaires sont rares, insuffisamment dotées, et les examens facultatifs) et la fréquentation d'une clinique spéciale pendant quelques mois est notoirement insuffisante.

4° Il ne peut être question d'interdire à un docteur diplômé l'exercice de nos spécialités non plus que le port du titre de spécialiste, même s'il n'a pas étudié ces affections dans le cours de ses études médicales. A ce propos, je dirai qu'il résulte de l'opinion d'autorités compétentes que le titre de docteur ne confère pas au médecin le droit de tout faire, mais l'autorise seulement à exercer dans la limite de ce qu'il connaît. Nul praticien n'est obligé d'assumer le traitement d'un malade lorsqu'il se juge incompétent.

5° On devrait limiter la pratique des spécialités à ceux qui les connaissent et pour combattre l'abus du titre de spécialiste, demander au Gouvernement d'établir des examens pour conférer officiellement ce titre, ainsi qu'il le fait déjà pour les hygiénistes.

6° Au cas où le Gouvernement refuserait son acquiescement, notre Association, en modifiant légèrement ses Statuts, pourrait s'ériger en tutrice de la dignité de la pratique spéciale. Elle accueillerait libéralement tous les médecins qui viendraient à elle, on pourrait créer une catégorie d'*adhérents* qui seraient facilement admis, mais qui, pour devenir membres effectifs, devraient faire valoir des titres sérieux attestant leur instruction et leur habileté

professionnelle, titres qui seraient sévèrement examinés par une commission nommée par les soins de l'Association. De cette façon, la promotion ambitionnée de membre effectif serait la meilleure consécration du titre de spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

Ces conclusions donnent lieu à une discussion animée qui sera reprise lors de la modification des Statuts de la Société qui sera proposée à Naples. On approuve à l'unanimité un ordre du jour invitant le Gouvernement à faire figurer comme matière obligatoire dans les examens universitaires médico-chirurgicaux l'oto-rhino-laryngologie.

La séance publique est reprise.

30. GRADENIGO. — **Diffusion du système bibliographique décimal de Mellvill Dewey pour l'oto-rhino-laryngologie.** — Un des plus grands problèmes actuels au milieu de la production scientifique surabondante consiste à classer rationnellement notre littérature. Le système de classification décimal, préconisé par l'Américain Dewey, résout au mieux la difficulté de mettre en ordre au moyen de chiffres — langage international idéal — tous les travaux se rapportant à un sujet déterminé.

G. montre des tableaux destinés à l'oto-rhino-laryngologie et engage vivement ses collègues italiens à employer ce système de classification bibliographique rationnel, commode, pratique et international au sens le plus étendu de l'expression.

31. DELLA VEDOVA. — **Laryngofissure dans un cas d'occlusion laryngée très rare.** — Enfant opéré d'urgence pour une sténose laryngienne fort grave; l'opérateur pratiqua une incision latérale sur le cartilage thyroïde et il en résulta une sténose cicatricielle pour laquelle on pratiqua en vain le tubage pendant plusieurs mois. L'auteur effectua la laryngofissure, il retira le tissu cicatriciel, puis recourut à l'intubation et obtint la guérison définitive.

32. GRADENIGO. — **Laryngofissure dans le sclérome laryngien.** — G. a eu occasion de pratiquer cette opération dans deux cas de laryngite hypoglottique présentant des caractères scléromateux, bien qu'à l'examen des fragments excisés on n'ait pu constater la présence du bacille et des cellules caractéristiques. Les deux malades étaient de jeunes femmes chez lesquelles le symptôme dominant était une sténose hypoglottique à évolution lente. Dans les deux cas, on employa l'anesthésie chloroformique, mais chez la première malade on fit une trachéotomie élevée et la canule

demeura longtemps en place ; dans le second cas, on pratiqua immédiatement la laryngofissure et on n'introduisit pas de canule ni durant ni après l'intervention. Les résultats furent parfaits, mais G. recommande d'éviter autant que possible l'alboroformisation et de laisser séjourner la canule dans la trachée au moins pendant 24 heures.

33. BOSIO (Milan). — **Sur un cas de fissure trachéale.** — Enfant chez lequel des granulations sises au-dessus et au-dessous de la canule empêchèrent son extraction. Ouverture large de la trachée ; ablation des masses polypoïdes ; guérison rapide.

Discussion.

EGIDI. — Dans les cas de sténose, alors que le malade paraît guéri, on est quelquefois obligé, au bout de plusieurs mois, de réinsérer une canule trachéale. Deux cas, observés par l'auteur, l'un de sclérome, l'autre de sténose laryngienne traumatique, résistèrent malgré l'ablation du cricoïde.

DIONISIO. — Le tubage suffit dans certains cas de sténose laryngée, mais parfois il faut laisser une canule à demeure.

MASSEI exprime le désir que les malades intéressants soient amenés aux prochaines réunions pour y être examinés.

POLI (Gênes) se souvient d'un cas de sclérome laryngien pour lequel on pratiqua la trachéotomie *in extremis*. Au bout d'un mois on enleva la canule, mais deux ans après la sténose reparut et il fallut intervenir de nouveau. Le malade s'améliora et on retira encore la canule, mais P. croit que la sténose récidivera.

NICOLAÏ a soigné, par le tubage, le malade opéré par della Vedova ; il est convaincu que les opérations ne réussissent pas mieux que l'intubation à laquelle Della Vedova dut avoir recours ultérieurement.

34. MASINI. — **Sur les centres laryngés corticaux, sous-corticaux et bulbaires.** — M. présente un minuscule double tambour de Marey qui, introduit dans la fente glottique, permet d'enregistrer les mouvements des cordes vocales. Il fait voir plusieurs tracés démontrant la possibilité de résoudre le problème de l'existence des centres corticaux croisés, sous-corticaux et bulbaires.

35. MASINI et GENTA (Gênes). — **Adénoïdisme.** — Au moyen d'un instrument spécial, les auteurs ont entrepris des recherches

sur la respiration nasale et buccale chez des adénoïdiens et des malades atteints de diverses formes de sténoses nasales et ils ont acquis la conviction qu'une égale quantité d'air met le même temps à s'introduire à travers la bouche que par la voie nasale. Tenant compte des résultats d'une autre série d'expériences sur l'action d'un extrait tonsillaire aqueux glycérimé sur l'appareil cardio-vasculaire, M. et G. inclinent à croire que les multiples altérations englobées sous le nom d'*adénoïdisme* ne sont pas en rapport, au moins exclusivement, avec la diminution d'intensité respiratoire, mais plutôt avec l'arrêt de fonctionnement de l'amygdale pharyngée altérée.

La réduction alcaline du sang, la diminution de l'hémoglobine, les lésions multiples confirmeraient l'hypothèse d'une sécrétion tonsillaire réduite ou supprimée chez les adénoïdiens.

Discussion.

DIONISIO croit que, malgré tout, il faut accorder de l'importance à l'entrave de la respiration nasale chez les adénoïdiens, et que les recherches de Masini ne permettent pas d'affirmer que l'oxydation du sang se produit de la même façon dans la respiration nasale ou buccale.

POLI se rapproche de Masini en ce qu'il admet que la réduction d'oxydation ne suffit pas à expliquer le syndrome adénoïdien et qu'il convient d'invoquer d'autres facteurs.

ARSLAN fait remarquer la grande différence du nombre des adénoïdiens suivant les régions et demande quelle relation peut exister avec un trouble fonctionnel de l'organisme.

NUVOLI incline à admettre la possibilité de diverses causes constitutionnelles non encore déterminées comme facteurs de l'adénoïdisme.

GRAZZI a observé plusieurs fois chez des malades un abaissement de l'olfaction.

OSTINO a vu les déformations caractéristiques du squelette thoracique sur de nombreux conscrits de la province de Trévise qui étaient certainement d'anciens adénoïdiens. Ces déformations étaient en rapport avec la gêne de la respiration nasale.

GRADENIGO ne croit pas que des expériences de laboratoire, même conduites avec les instruments et la technique les plus perfectionnés permettent de tirer des déductions au point de vue de la respiration quand on n'observe pas le malade, et surtout lorsque, durant le sommeil, la respiration n'obéit plus à la volonté.

G. trouve que l'occlusion ou l'insuffisance nasales suffisent à élucider tous les accidents.

MASINI répond à Dionisio que la respiration soit nasale, soit buccale, est toujours irrégulière chez les adénoïdiens, attendu que l'oxydation du sang est imparfaite. Il dit à Nuvoli qu'on a fait erreur en considérant jusqu'ici les adénoïdiens comme des sujets lymphatiques. M. répond à Grazi et à Ostino que l'altération olfactive s'explique par le désordre profond de l'organisme et il souhaite à Gradenigo de se convaincre par l'expérience clinique de l'exactitude des faits énoncés.

36. ARSLAN (Padoue). — **Relation des végétations adénoïdes avec les affections oculaires.** — On a étudié il y a déjà longtemps les rapports des affections nasales et oculaires ; mais on a peu examiné le lien unissant les lésions oculaires et les végétations adénoïdes. Chez 16 adénoïdiens porteurs d'ulcères de la cornée, de kératites, de dacriocystites, de blépharo-conjonctivites, en obtint dans les deux tiers des cas la guérison ou du moins une amélioration notable des manifestations oculaires après l'ablation de l'amygdale pharyngée. Peut-être est-ce l'obstacle au flux lacrymal qui aggrave les phénomènes oculaires.

37. ARSLAN. — **Sur certains réflexes des végétations adénoïdes.** — Outre l'enurésie nocturne et le spasme laryngé A. est enclin à rattacher aux végétations adénoïdes certaines formes d'épilepsie et de maladie de Basedow. Il y a déjà longtemps que les oculistes ont remarqué que l'exophtalmie se compliquait de lésions nasales. L'auteur a obtenu de l'amélioration après l'opération des végétations adénoïdes.

38. U. CALAMIDA (Turin). — **Sur la fine distribution des nerfs de l'amygdale pharyngée.** — C. a entrepris ses recherches sur des amygdales pharyngées excisées sur le vivant et s'est servi de la coloration osmio-chromo-argentée selon le procédé rapide de Golgi, il distingue des réseaux périvasculaires, des plexus collectifs à larges mailles avec terminaisons libres à massue ou à petit bouton, des plexus périfolliculaires, des plexus intra folliculaires, et finalement les terminaisons nerveuses de l'épithélium à massue ou à petit bouton terminal.

39. U. CALAMIDA. -- **Sur l'histologie pathologique de l'amygdale pharyngée hypertrophiée.** — L'auteur a examiné à la Clinique de

Turin, soixante-huit amygdales pharyngées hypertrophiées et a vu qu'il s'agissait d'une simple hypertrophie. Il trouva plusieurs sortes d'épithélium à la surface et ne put établir le rapport direct de l'épaississement épithélial, de la nécrose et de la callosité superficielle avec l'âge du sujet; il lui fut aussi impossible de démontrer l'existence de lésions tuberculeuses certaines, bien qu'il eût rencontré par place des cellules géantes.

40. D'AJUTOLO. — **Altérations du larynx dans le myxœdème.** — Description d'altérations anatomo-pathologiques de la muqueuse laryngienne chez les myxœdémateux que l'auteur met en rapport avec les autres phénomènes caractéristiques de cette maladie.

41. LATTES (Gênes). — **Hyperesthésie et spasme de la glotte.** — Au moyen d'un instrument spécial, L. reconnut que les régions hypoglottique et mésoaryténoïdienne sont extrêmement sensibles; la stimulation peut provoquer le spasme glottique. L'auteur range dans la même catégorie le vertige, l'ictus et la mort subite pouvant dépendre de lésions de l'écorce cérébrale favorisées par l'hyperexcitabilité de la muqueuse glottique.

42. SENDZIAK (Varsovie). — **Troubles laryngés dans le tabes dorsal.** — Au début du tabes, l'examen du larynx peut avoir une importance diagnostique. S. accepte l'opinion de Burger, considérant la paralysie totale des adducteurs comme symptôme pathognomonique du tabes.

43. D'AJUTOLO. — **Carcinôme polypoïde hypoglottique volumineux et anse spéciale employée pour l'extraire.** — Tumeur volumineuse remplissant presque toute la glotte; pour l'exciser l'auteur a employé une anse formée de fils multiples. La tumeur continua à proliférer et on reconnut sa nature maligne.

44. TANTURRI (Naples). — **Sur la tuberculose linguale.** — T. dit qu'il faut donner le nom de tuberculose linguale aux différentes manifestations tuberculeuses observées sur la langue. Il décrit en détail les accidents primitifs et secondaires et passe en revue les caractères diagnostiques différentiels. Une observation détaillée a servi de base à ce travail.

45. D'AJUTOLO. — **Tuberculose linguale très grave complètement guérie.** — Ce résultat a été obtenu par des badigeonnages répétés

soit avec l'huile mentholée à 10 % ou l'acide phénique pur et d'abondantes irrigations de solution physiologique.

46. PROTA (Naples). — **Tuberculose végétante du nez.** — A propos d'un malade qu'il a observé, P. fait ressortir le caractère relativement bénin de l'affection, la difficulté du diagnostic différentiel et les succès du traitement chirurgical.

47. POLI (Gênes). — **Voies et modes de propagation de l'infection tympano-mastoïdienne** (Rapport résumé). — L'auteur dit que l'infection tympanique ne dépasse pas d'ordinaire les limites de la caisse. Pour qu'il y ait diffusion mastoïdienne, il faut certaines prédispositions (diminution de la résistance organique, virulence particulière de l'infection) ou des accidents, tels que la rétention du pus dans la caisse, ou les altérations simultanées de tout le revêtement muco-périostal tympano-mastoïdien. L'expansion mastoïdienne varie suivant le degré de développement des cellules aérifères, c'est-à-dire selon qu'on ait affaire à une mastoïde à type pneumatique, diploétique, ou compact.

Les suites de l'infection mastoïdienne ne sont pas les mêmes dans la forme aiguë ou chronique. Dans le premier cas, on observe un empyème, une congestion (Mignon) ou une nécrose plus ou moins étendue ; la seconde catégorie comprend principalement les ostéoscléroses.

Quand elle se propage en dehors de la ceinture osseuse de la cavité auriculaire, l'infection peut envahir la cavité endocrânienne et la région cervicale.

Ce fait peut être provoqué par des conditions anatomiques ou pathologiques spéciales.

Les prédispositions anatomiques consistent en voies formées auparavant (fenêtres labyrinthiques, canal de Fallope, canal carotidien, débiscences du tegmen et du plancher du tympan ; suture pétro squameuse ; hyatus subarcuatus ; pneumatization du système mastoïdien) et en voies nouvelles.

Les conditions pathologiques se résument dans les ostéites. Le siège de la complication dépend du point de départ de l'ostéite.

1° Les complications endocrâniennes surviennent par la propagation de l'infection vers la fosse médiane ou postérieure, ce qui advient habituellement par une ostéite correspondant au tegmen tympani et à l'antre. Les lésions endocrâniennes se rapportent à ces altérations osseuses (Kørner). En cas d'expansion vers la fosse médiane on observe une infection des méninges ou du lobe temporo-

sphénoïdal ; lorsqu'il existe une propagation vers la fosse postérieure, il survient une infection des méninges, du sinus sigmoïde ou du cervelet.

L'infection méningitique peut être représentée par une pachyméningite simple ou un abcès épidural.

Ce dernier constitue souvent la première étape d'une diffusion endocrânienne ultérieure.

La leptoméningite séreuse ou purulente peut se manifester isolément, mais elle est plus fréquemment associée aux autres formes d'infection endo-crâniennes.

L'abcès otitique encéphalique est presque forcément localisé dans la fosse médiane ou postérieure.

La phlébite des sinus débute ordinairement sur le sinus latéral ou pétreux supérieur appliqué directement sur le squelette de l'oreille moyenne. Une thrombose du sinus pétreux inférieur peut se propager par la voie labyrinthique (Jansen).

L'infection généralisée (pyémie otogène) survient généralement par la voie sinusienne.

D'habitude les complications intra-crâniennes sont consécutives à une otite moyenne chronique à une période aiguë. Dans ce cas, il s'agit de diffusion vers une des fosses médiane ou postérieure. Dans l'infection oto-mastoïdienne aiguë il y a de grandes chances pour la propagation à la fosse postérieure (Kørner).

2° Les complications cervicales surviennent lorsque l'expansion de l'infection a lieu par la face inférieure du rocher.

Cette propagation peut être indirectement déterminée par la voie lymphatique ou sanguine, et directement par la contiguité et continuité des tissus (ostéite).

La diffusion directe est la plus répandue. D'ordinaire elle est provoquée par une ostéite correspondant à la face interne de l'apophyse mastoïde (forme de Bezold). Plus rarement l'infection se fraie un chemin à travers l'orifice latéro postérieur ou les cellules occipitales, ou le long de la scissure de Glaser ou des parois osseuses de la trompe. La propagation indirecte à travers les veines aboutissant directement ou indirectement à la jugulaire profonde peut déterminer une péri-endo-phlébite. Le mécanisme de diffusion par la voie lymphatique semble moins clair (adénites ou adéno-phlegmons cervicaux).

Les complications cervicales sont presque toujours les suites d'une infection oto-mastoïdienne aiguë. La prépondérance du type pneumatico-mastoidien est une condition prédisposante essentielle dans les cas de ce genre.

Au point de vue de la diffusion de l'infection en dehors de la ceinture osseuse du temporal il semble qu'il n'existe aucune différence appréciable sur la nature des germes infectieux. On peut tout au plus admettre (*Leutert*) que la grande fréquence du streptocoque dans l'infection tympano-mastoidienne puisse avoir, dans les cas très virulents, une importance prépondérante au sujet de la diffusion ultérieure.

48. POLI. — Cinq cas de thrombo-phlébite septique du sinus latéral traités par la ligature de la jugulaire profonde et la désinfection du sinus. — L'auteur résume cinq observations concernant des sujets âgés de 9 à 23 ans chez lesquels l'otite moyenne suppurée chronique fut suivie d'une thrombo-phlébite du sinus latéral. Dans tous les cas, le diagnostic fut institué après l'apparition des accidents pyémiques.

L'intervention, pratiquée d'urgence dans tous les cas, eut lieu deux fois au cours de la première semaine, une troisième fois le treizième jour, une quatrième fois, le dix-septième jour, et une cinquième vingt-deux jours après le début de la pyémie otitique : On employa toujours le procédé de *Zaufal* : dégagement du sinus, ponction exploratrice facultative, ligature et section de la jugulaire profonde, ouverture du sinus, excision du thrombus, tamponnement. L'opération radicale de la lésion otitique fut pratiquée dans deux cas. On obtint la guérison dans deux cas opérés au début. L'autopsie révéla dans deux autres cas l'existence d'abcès métastatiques pulmonaires ; une fois il y avait coexistence de leptoméningite basilaire. Dans un cas où l'autopsie ne put être effectuée, on nota au cours de la maladie des signes de propagation du thrombus aux sinus de la base (sinus caverneux).

P. émet quelques considérations sur la période latente de l'invasion endo-crânienne et sur l'opportunité de la ligature de la jugulaire.

49. G. GAVELLO. — Sur les complications endocrâniennes de l'otite moyenne. — Description détaillée de quatre cas d'otite moyenne avec complications endo-crâniennes, observés à la Clinique oto-rhino-laryngologique de Turin ; deux abcès cérébraux dont un guérit et deux thromboses du sinus sigmoïde avec une guérison.

L'auteur s'est décidé à publier des observations presque simultanées qui lui fournirent l'occasion d'une étude comparée.

I. Abcès cérébral. — Homme de 28 ans, très robuste, atteint

d'une otorrhée chronique droite ; il se présente très souffrant cinq jours après l'apparition de douleurs auriculaires et dans la moitié droite de la tête. Température 40°. Trépanation mastoïdienne, cholestéatôme. A la suite de l'intervention, la température se rapprocha de la normale, la céphalée s'atténua, mais ne disparut pas complètement. Au bout de 12 jours, le poulx qui s'était maintenu jusque-là entre 60 et 70 tomba à 36 ; violente céphalalgie, coma, craniotomie. Evidemment d'un vaste abcès du lobe temporo-sphénoïdal droit, suivi d'amélioration progressive mais par intervalles de 10 jours on voit survenir des rechutes provoquées par deux autres abcès voisins du premier qu'on incise. A dater de ce moment le mieux continue et la guérison survient.

II. *Abcès cérébral*. — Enfant de 9 ans ; otorrhée chronique droite avec phénomènes mastoïdiens. A son entrée à l'hôpital, température 39 ; céphalalgie intense ; grand abattement. En opérant, on rencontre une fistule aboutissant à l'antre contenant du pus. La dure-mère dénudée semble normale ; amélioration progressive, cessation de la fièvre et de la céphalée. Au bout de quelques jours les douleurs reparaissent, mais sans fièvre ; l'enfant est dans un état très grave. On décide d'explorer le cerveau, mais le malade succombe à l'improviste un peu avant l'heure fixée pour l'intervention. A l'autopsie, on découvre un vaste abcès du lobe temporo-sphénoïdal droit qui s'était ouvert dans le ventricule latéral.

III. *Thrombose du sinus sigmoïde et de la jugulaire droite*. — Fillette de 13 ans, affectée d'otorrhée chronique droite, vient consulter à l'hôpital pour une violente céphalée remontant à 29 jours ; forte fièvre avec frissons, adynamie. Abondante suppuration auriculaire. Région péri-auriculaire normale ; légère tuméfaction du triangle maxillo-mastoïdien s'étendant le long du muscle sterno-cléido-mastoïdien très sensible à la palpation.

A l'opération, on trouve la mastoïde normale, on découvre la paroi antéro-inférieure du sinus latéral sur laquelle siège une collection purulente ; aspect nécrosé de la paroi du sinus ; la sonde pénètre aisément, mais provoque une hémorrhagie profuse. La température tombe le lendemain, puis elle remonte avec des phénomènes pyémiques. Par une seconde intervention, on découvre la jugulaire interne à partir du golfe jusqu'à la limite inférieure du cartilage thyroïdien, qui est flasque, mais dont les parois sont saines en apparence. L'état du malade s'aggrave et il meurt deux jours après.

A l'autopsie, thrombose du sinus sigmoïdal ; la jugulaire est

envahie par le pus jusqu'à la marge supérieure du cartilage thyroïde; au-dessous elle est obstruée par un thrombus. Sur l'endocarde de l'orifice pulmonaire on remarque une portion d'endocardite nécrotique gangréneuse. Rien du côté des nerfs crâniens.

IV. *Thrombose du sinus*. — Enfant de 10 ans, atteinte d'otorrhée chronique gauche, entrée avec de la température, des frissons, de la céphalée, une légère tuméfaction à la pointe de l'apophyse. A l'opération, on trouve un abcès extradural avec lésions de la paroi du sinus, qui est pourtant pulsatile. Température élevée à type pyémique; en comprimant la région latérale du cou on provoque une sécrétion abondante de la plaie. Ligature de la jugulaire interne. Cessation de la fièvre suivie de mieux. Guérison complète en deux mois.

Voici les conclusions de l'auteur :

L'abcès cérébral otique peut exister sans fièvre; en général celle-ci est provoquée par des lésions simultanées. La cessation ou la diminution de la fièvre post-opératoire n'exclue nullement l'hypothèse de l'existence d'un abcès cérébral, pouvant avoir plusieurs foyers que l'on recherchera sitôt que l'état du malade empirera. La céphalée persistante localisée est un signe certain de l'abcès cérébral. Les douleurs du malade non expliquées par l'état de la mastoïde font suspecter une lésion plus profonde.

La papillite optique est un symptôme fort important au point de vue des complications endocrâniennes. Dans la phlébite du sinus sigmoïdal et de la jugulaire, la fièvre à type pyémique est l'indice le plus sûr. L'hémorrhagie du sinus n'infirme pas la possibilité d'une lésion interne et d'une thrombose partielle. La ligature de la jugulaire interne pratiquée en temps utile est indispensable pour le bon résultat de l'intervention opératoire.

50. G. GAVELLO. — **Sur le traitement chirurgical des otites sèches**. — C. cite deux cas d'otite sèche dans lesquels il tenta plusieurs interventions intratympaniques. Il choisit deux malades porteurs de lésions de l'appareil de transmission avec intégrité de l'oreille interne (otites moyennes catarrhales chroniques), qui vinrent consulter, l'un pour un abaissement de l'audition, l'autre surtout pour des bruits subjectifs; tous deux avaient essayé les principaux remèdes locaux et généraux et avaient obtenu un soulagement insignifiant et transitoire.

I. — Homme de 43 ans, ayant subi plusieurs opérations intra-

tympaniques, en commençant par la paracentèse simple suivie d'une amélioration qui disparut avec l'occlusion de l'orifice membraneux; puis la luxation du marteau avec nouvelle cicatrisation de la membrane; et successivement la myringectomie totale avec cautérisation des bords et la mobilisation de l'étrier par la voie du conduit. Chaque intervention détermina une amélioration, jusqu'à ce que l'orifice tympanique se fût définitivement cicatrisé, aucun moyen n'ayant pu le maintenir ouvert.

En dernier ressort, l'auteur chercha à assurer l'ouverture permanente de la caisse par la voie mastoïdienne, pour ce faire, il ouvrit l'antre et l'aditus, puis effectua la plastique du conduit de manière à établir une communication stable entre le conduit, l'antre, l'aditus et la caisse. En vue d'une réussite plus complète, on décida de maintenir aussi l'ouverture de la surface externe de la mastoïde à l'aide d'une plastique convenable.

On réussit ainsi à conserver l'ouverture de l'antre par la voie externe et par le conduit mais en dépit de tous les efforts, et bien que le foyer fût resté accessible, l'aditus se referma par un tissu granuleux à la suite d'une otorrhée qui s'établit malgré une autopsie rigoureuse. L'otorrhée guérit promptement mais la caisse demeura fermée et l'audition redevint ce qu'elle était par le passé.

II. — Homme de 27 ans. Tentative d'ouverture directe par la voie mastoïdienne, mais on se heurta à des anomalies topographiques de la mastoïde pour lesquelles il fallut dénuder la dure-mère du sinus qui était situé à environ un demi centimètre de la paroi postérieure du conduit. Pour ces raisons on renonça à intervenir et la guérison fut obtenue en huit jours à travers la brèche mastoïdienne suppurante et une affection séro-purulente de la caisse disparut également en dix jours sans laisser subsister de suites.

L'auteur conclut :

1° L'ouverture permanente de la caisse par la voie mastoïdienne est contre-indiquée : a) parce que presque inévitablement l'orifice est refermé par des granulations impossibles à entraver, vu qu'il s'agit d'un processus de réparation normale des lésions osseuses d'origine chirurgicale ; b) attendu que l'otite suppurée survient aisément, même simplement par la pénétration du sang dans la caisse qui s'infecte secondairement ; c) par les anomalies possibles de conformation anatomique du temporal.

2° Les interventions intratympaniques ont procuré du soulagement dû principalement à l'ouverture de la membrane du tympan.

(A suivre).

ANALYSES

I. — OREILLES

Les bourdonnements et leur pathogénie, par G. MASINI (*Gazetta degli Ospedali*, 23 avril 1899).

Masini, dans une communication faite à l'Académie de médecine de Gênes, distingue deux causes principales de bourdonnements : 1^o les troubles stomacaux, dilatation, gastrite chronique ; 2^o le rhumatisme. Les bourdonnements d'origine gastrique ont plutôt une tonalité haute. Ceux d'origine rhumatismale ont une tonalité basse. Dans le premier cas la lésion porterait surtout sur le rameau supérieur de l'expansion cochléaire. Dans le deuxième cas elle porterait sur le rameau inférieur. Dans les bourdonnements d'origine stomacale le traitement général et le régime sont tout. Dans la forme rhumatismale intervient, au contraire, un élément local important, l'ankylose de la chaîne des osselets. C'est à cette ankylose, tenant sous sa dépendance les troubles normaux, qu'il faut directement s'attaquer.

A. F. PLICQUE.

Les affections de l'oreille survenant au cours de la rougeole, par R. HEYMANN (*Deuts. Archiv. f. klin. Med.*, Bd. 63, h. 3, u 4 ; in *Munch. med. Woch.* 8 août 1899).

Les affections d'oreille au cours de la rougeole sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit en général. Les otites moyennes qu'on observe alors ne sont pas dues à la propagation de l'inflammation de la muqueuse naso-pharyngienne à travers la trompe, mais elles proviennent plutôt d'une affection primitive de la muqueuse de la caisse provoquée par l'extension de l'exanthème. A l'autopsie des enfants ayant succombé à la rougeole, on trouve presque toujours une otite moyenne qui a pu évoluer sans symptômes cliniques.

Influenza et otite moyenne, par F.-A. VERNER (*Brit. med. journ.*, 13 mai, in *Laryngoscope*, septembre 1899).

L'auteur préconise pour le traitement des otites moyennes consécutives à l'influenza, l'application de sangues derrière l'oreille et des lavages à l'eau boriquée chaude.

Traitement de l'otite moyenne aiguë consécutive à l'influenza, par THEOBALD (*Maryland, med. journ.*, 11 mars, in *Laryngoscope*, mai 1899).

L'auteur a en vue le traitement abortif. Il croit que l'infection se propage surtout à l'oreille moyenne, à travers la trompe d'Eustache. On a beaucoup de mal, même par des précautions antiseptiques, à prévenir l'infection consécutive à l'incision de la membrane tympanique.

On peut couper court à l'affection si on l'observe au début, mais après l'incision il est extrêmement malaisé d'empêcher la suppuration.

L'auteur instille dans l'oreille une solution d'atropine ; sa formule est la suivante :

- 1 grain de sulfate d'atropine.
- 2 grains de chlorhydrate de cocaïne,
- 2 drachmes d'eau distillée.

On instillera huit gouttes dans l'oreille, trois à quatre fois par jour. Si les accidents persistent, on incisera la partie postérieure du tympan, puis on fera deux ou trois lavages par jour avec une solution antiseptique.

Des exercices méthodiques de l'ouïe et de leur importance dans la surdité, par le Prof. VICTOR URBANTSCHITSCH (*Wien. klin. Woch*, 1899, p. 179).

U. constate tout d'abord avec bonheur que l'exercice méthodique de l'ouïe chez les sourds-muets s'est beaucoup répandu après avoir été tant décrié. Déjà, lors de ses premières communications sur ce sujet, U. avait fait observer que la méthode proposée était d'une grande valeur non seulement pour les sourds-muets, mais aussi pour les cas de surdité simple ; la méthode est dans les deux cas la même, il s'agit d'éveiller l'attention auditive d'abord, d'exercer l'ouïe ensuite. Il est, en effet, très général de voir les sourds se retirer de la société, se résigner à ne pas user des facultés auditives qui leur restent, par fatigue, par découragement ; aussi suffit-il de s'occuper d'un sourd, d'attirer son attention sur les bruits et les sons pour constater un état bien meilleur que le malade ne le suppose lui-même, habitué qu'il est à ne plus essayer de différencier les impressions auditives qui lui arrivent. A ce point de vue, il est fort intéressant de constater que des chasseurs durs d'oreille perçoivent encore divers cris d'animaux fort bien, des

médecins sourds auscultent parfois bien, des mères connaissent la voix d'un enfant quand elles n'entendent plus guère autre chose, etc. Il faut absolument inciter les sourds à vivre dans le monde, au milieu des sons et des bruits, de la musique, du théâtre, car leur ouïe y gagne beaucoup. De même faut-il utiliser le plus possible une oreille plus faible que l'autre, tandis que les malades l'annulent généralement ; il n'est pas rare de voir l'oreille plus faible devenir en définitive, après exercice, de beaucoup supérieure à la soi-disant bonne oreille, ce qui prouve que la première a été simplement abandonnée à un moment d'affaiblissement tandis que son état organique n'a été que peu endommagé, moins que l'autre oreille dont on a continué à se servir, ne comptant plus que sur elle. Quant aux exercices proprement dits, ils consistent dans l'émission méthodique de syllabes, de mots et de phrases à une distance croissante de l'oreille, dans la répétition des mots mal entendus à côté du mot exact, dans la prononciation de mots incomplets ou estropiés, afin que le malade ne devine pas les mots, mais qu'il essaye bien réellement de les entendre. U donne une quantité d'exemples et expose la méthode avec tous les détails nécessaires et suffisants à celui qui voudrait appliquer ce mode de traitement.

Il va sans dire que la surdité n'est jamais qu'un symptôme d'une affection aiguë ou chronique de l'oreille, qui veut être diagnostiquée et traitée d'une manière appropriée avant ou en même temps que l'on s'occupe de l'affaiblissement de l'ouïe.

M. N. W.

La surdi-mutité hystérique, par le Dr VELS (*Münch. med. Woch.*, 1899, p. 415).

On connaît actuellement une vingtaine seulement de cas de cette nature ; l'auteur a observé le suivant : Un homme de 26 ans, agriculteur, de famille bien portante, ne présentant lui-même pas de nervosisme particulier, se réveille un matin sourd et muet. Son état général physique et psychique est bon, on n'arrive à déceler aucun stigmate d'hystérie, mais la surdité absolue ne s'explique nullement par l'examen des oreilles et l'état n'a varié en rien pendant les neuf semaines qui se sont écoulées entre le début de la surdi-mutité et le premier examen fait par l'auteur. Il eut recours à la suggestion de la manière suivante : il écrivit d'abord au malade qu'il allait entendre après ce qu'on allait lui faire, puis le cathétérisme de la trompe d'Eustache fut pratiqué après des

préparatifs bien ostensiblement exécutés. Au moment où l'air arrive dans l'oreille le patient sursaute en chuchotant : « j'entends de cette oreille » ; après le cathétérisme de l'autre oreille, l'ouïe était complètement revenue et simultanément la parole à haute voix.

M. N. W.

Recherches sur la surdité simulée, par le Dr ARDENNE (*Rev. de laryng.*, 15 avril 99).

La simulation de la surdité incomplète est bien plus fréquente que celle de la surdité totale.

En présence d'un individu se disant atteint de surdité, il faut d'abord se demander s'il présente des lésions d'un point quelconque de l'appareil auditif ; difficultés spéciales en ce qui concerne l'oreille interne ; puis, la lésion constatée, voir si elle peut expliquer la surdité alléguée, ou s'il y a exagération ; ici l'examen fonctionnel attentif est indispensable.

S'il n'y a pas lésion, il faut savoir se rendre compte si les causes invoquées sont plausibles ; ici se place l'étude des traumatismes, l'influence des professions, des intoxications, des maladies générales antérieures, mention spéciale pour la syphilis et surtout l'hystérie.

Enfin, si l'examen et l'interrogatoire laissent des doutes, on devra faire un examen fonctionnel bien scientifique, par les épreuves de la montre, de la voix, du sifflet de Galton, et surtout du diapason ; le tube bi-auriculaire de Gellé, et autres appareils rendent parfois service dans ces cas souvent très épineux.

RIPAULT.

Un cas de mastoïdite, par A.-E. BRILSON (*Journ. of the Amer. med. ass.*, 7 janvier, in *Laryngoscope*, mars 1899).

Homme de 45 ans atteint d'otite moyenne aiguë depuis cinq mois, avec écoulement abondant accompagné de sensibilité et de douleur derrière l'oreille et dans toute la moitié de la tête. Léger frisson, mastoïde œdématiée et sensible. Opération. Pus dans l'antre, établissement d'une communication avec l'oreille moyenne. Oblitération totale des cellules mastoïdiennes. Curetage. Pansement à la gaze iodoformée. Disparition des douleurs au bout de douze heures, mais la température remonte en quarante-huit heures. Lavages antiseptiques à travers l'orifice du conduit. Irrigations journalières, le huitième jour la plaie est sèche, la tempé-

rature normale et le malade se trouve bien. Trois semaines après il se plaint de vives douleurs dans la région mastoïdienne et quinze jours après apparaissent de nouveaux frissons, avec élévation de la température et nausées. Du pus s'échappe de l'ouverture fistuleuse. Diagnostic : thrombose des sinus et méningite probable. Opération. Carie étendue de l'extrémité de la mastoïde et de la table interne. Dégagement du sinus latéral et du lobe temporo-sphénoïdal qui sont rouges et indurés. Pas de pus. Sensibilité marquée de la jugulaire. En levant le pansement on le trouve imprégné de pus provenant de la fosse temporo-sphénoïdale qu'on draine avec une sonde. Guérison complète trois mois après la seconde intervention.

Observations de mastoïdites, par H. Woods (*Maryland, med. journ.*, 24 décembre 1898 : in *Laryngoscope*, mai 1899).

Deux cas de mastoïdites opérés avec succès sans ouverture de l'antre. L'auteur est partisan du traitement conservateur dans les cas de ce genre, et il ne croit pas qu'il faille toujours ouvrir les cellules.

Mastoïdite gauche trépanée. Abscès cérébelleux gauche, par MARION et A. SCHWARTZ (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, mars 1899).

Observation d'un malade atteint d'otorrhée gauche depuis dix ans avec écoulement abondant et poussées intermittentes de mastoïdite. Quand le malade se présente à l'examen, il signale des douleurs spontanées très violentes au niveau de la mastoïdite et des douleurs à la pression sur la région occipitale.

Ralentissement du pouls : 48 pulsations. *Pas de température.* Paralyse faciale périphérique. Marion trépane la mastoïde au point classique. Apophyse éburnée, ouverture accidentelle du sinus latéral. On pénètre dans l'antre par la paroi postérieure du conduit auditif. Amélioration pendant quelques jours. Le pouls remonte à 70, puis apparaissent des vertiges, le pouls se ralentit de nouveau, les douleurs reparaissent, mais il n'y a toujours pas de fièvre. On décide une nouvelle intervention pour aller à la recherche d'un abcès cérébelleux, mais le malade meurt dans la nuit.

A l'autopsie on trouve un abcès cérébelleux de l'hémisphère gauche situé immédiatement sous la tente du cervelet, au niveau de la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère. Aucune lésion intermédiaire.

Les auteurs insistent sur le ralentissement du pouls, signe positif de collections intra-cérébrales et sur l'absence de fièvre, signe négatif qu'on ne remarque pas souvent. Il n'y avait pas non plus de lésions intermédiaires entre les lésions de la mastoïde et l'abcès.

En ce qui concerne l'intervention on accordera la préférence à la voie mastoïdienne ; l'opération doit être hâtive sitôt qu'on a de sérieuses présomptions de l'existence d'une collection intra-crânienne.

E. L.

Pièce provenant d'une trépanation, par KÆRTE (28^e Congrès allemand de Chirurgie ; in *Revue de chir.*, octobre 1899).

K. relate l'observation d'une femme atteinte d'abcès du lobe temporal consécutif à une otite moyenne. L'intérêt de ce fait réside dans cette particularité, que la complication cérébrale s'est produite, non par la voie des veines ou des lymphatiques péri-vasculaires, mais par l'intermédiaire d'une thrombose de l'artère carotide interne. Cette thrombose, ainsi que le démontre l'autopsie, avait déterminé, en outre, des foyers multiples de ramollissement dans l'hémisphère cérébral gauche.

Un cas d'ostéomyélite aiguë du temporal consécutive à l'influenza, par le Dr MOURE (*Rev. de laryng.*, 18 mars 1899).

L'influenza peut amener du côté du rocher une ostéite d'une gravité toute particulière, caractérisée par des symptômes généraux intenses, et une rapide nécrose de l'os, avec suppuration minime.

Si on n'intervient pas rapidement et largement, les complications intra-crâniennes les plus graves surviennent rapidement.

RIPAULT.

L'intervention dans la thrombose du sinus sigmoïde, par GORHAM BACON (*New-York med. journal*, 4^{er} juillet 1899).

Bacon montre l'importance d'une intervention précoce dans la thrombose du sinus sigmoïde consécutive à l'otite moyenne purulente aiguë. Il en rapporte trois observations. Comme signe de thrombose compliquant l'otite, il insiste sur les grandes oscillations de la température. La chute entraîne souvent une sécurité trompeuse. Mais elle est bientôt suivie d'une réascension. En ter-

minant, Bacon signale généralement l'inutilité des antipyrétiques usuels contre la fièvre de l'otite moyenne. Seule, la dérivation intestinale par le calomel lui a paru avoir une certaine action. L'examen bactériologique de l'exsudat du conduit auditif externe donne, sur l'infection profonde, des renseignements concordants. Les injections de sérum au cours et à la fin de l'opération sont un moyen très utile contre le collapsus qui vient souvent la compliquer.

A. F. PLICQUE.

Un cas de thrombose otitique des sinus. Pyémie. Guérison, par E. v. MEYER (*Deuts. Zeits. f. Chir.*, Bd. 5, mars 1899; analysé in *Munch. med. Woch.*, 9 mai 1899).

Pyémie au cours d'une thrombose suppurée des sinus, consécutive à une ancienne otorrhée. L'ouverture d'un abcès péri-sinusien n'agit que transitoirement. Trépanation mastoïdienne et retrait d'un séquestre de l'antre, ouverture du sinus thrombosé, ligature de la jugulaire. Au bout de vingt jours les frissons avaient totalement disparu. En tout on en avait observé soixante-cinq.

Remarques sur le traitement opératoire de la thrombose infectieuse du sinus sigmoïdal à la suite de l'otite moyenne purulente, par le Dr S. YOUNG (*Glasgow med. journ.*, p. 256, vol. LII, n. 4).

Observation détaillée d'une otite compliquée de mastoïdite et de thrombose chez un enfant de deux ans et demi; une première intervention, consistant dans l'évidement de l'antre et de l'oreille moyenne et la mise à nu du sinus thrombosé, amène une amélioration passagère, l'ouverture et le drainage du sinus infecté est, au contraire, suivie d'une sédation de tous les accidents locaux et généraux et d'une guérison rapide et complète.

M. N. W.

Deux cas de méningites d'origine otique guéries, par A. BORMANS (*Gazzetta degli Ospedali*, 30 juillet 1899).

Bormans rapporte deux faits de méningites d'origine otique terminés par la guérison. Ces méningites s'accompagnaient des symptômes les plus graves : rigidité des muscles de la nuque, phénomène de Kernig, papillite, céphalée, vomissements. Elles dépassaient le simple méningisme. Toutes deux étaient dues au staphylocoque. La ponction par la méthode de Quincke permit

l'examen du liquide arachnoïdien. Mais, de plus, Bormans signale le rôle que parut avoir cette ponction dans la guérison. Le rôle thérapeutique parut aussi évident que l'intérêt diagnostique. La ponction, en diminuant la pression intraméningée, amena, dans les accidents, une détente marquée. Ces faits sont d'autant plus à signaler que la guérison paraît exceptionnelle dans ces méningites.

A. F. FLICQUE.

Guérison d'un abcès otitique du lobe temporal gauche, par F. KRAUSE (*Altonaer Aertzl. Verein.*, 11 octobre ; in *Munch. med. Woch.*, 21 novembre 1899).

Femme reçue à l'hôpital d'Altona pour une otite moyenne suppurée gauche et un abcès cérébral supposé. Au bout de deux jours les signes de l'abcès apparaissent nettement : céphalée, paraphasie, etc. Opération. Après l'ouverture de la mastoïde et la formation du lambeau osseux de Bergmann, on dégage largement la dure-mère, on l'incise, puis on pratique dans l'écorce du temporal, au voisinage de la base, une incision de 4 centimètres de profondeur, aboutissant dans une cavité grande comme un œuf de pigeon, pleine de pus. Drainage. Guérison.

Abcès gazeux du cerveau d'origine otitique, par SACQUÉPÉE (*Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, avril 1899).

Homme d'une vingtaine d'années affecté d'une otorrhée depuis dix ans, qui a été exaspérée par une grippe récente. Coma vingt-quatre heures avant l'entrée du malade. Trépanation par le procédé de Stacke, puis ouverture de la fosse temporale au-dessus de la caisse. Pus sous la dure-mère. Hernie du cerveau. Ponction cérébrale : gaz fétides et quelques grammes de pus. Le malade succomba quelques heures après.

Autopsie : Sur la face antérieure du rocher, abcès sous-durémérien. A la surface du cerveau correspondant au pertuis de cet abcès, on voit un petit orifice à bord gangréneux d'où part un conduit étroit faisant communiquer l'abcès cérébral et l'abcès sous-durémérien. L'abcès cérébral, sis dans le centre ovale, a le volume d'une grosse datte ; il est allongé d'avant en arrière. Le contenu de l'abcès exhale une odeur atrocement fétide. Le reste du cerveau est sain. A l'examen du pus on trouve des cocco-bacilles ne se colorant pas par le Gram. Ce cocco-bacille développe,

d'habitude, une odeur fétide. La mort du malade fut déterminée par la communication établie par un étroit pertuis entre l'abcès et le ventricule.

A. G.

Contribution à l'étude de l'abcès cérébral otitique, par MERKENS (*Deuts. Zeits. f. chir.*, Bd 51, mars 1895; analysé in *Munch. med. Woch.*, 9 mai 1899).

Malade de 32 ans souffrant depuis son enfance d'un écoulement d'oreille. Opération radicale 5 semaines auparavant, suivie de maux de tête. Etat comateux, légère parésie droite. Intervention. On détache un fragment osseux de la dimension d'un thaler au-dessus du conduit auditif gauche. Ouverture de la dure-mère et de la substance corticale. Evacuation de pus fétide.

Au cours de l'opération on dut pratiquer la trachéotomie et recourir à la respiration artificielle. Mort au bout de 12 heures.

Dans le pus on trouva des bacilles dont l'auteur a cru reconnaître la nature typhique.

De la pyohémie otitique, par le Dr MEIER (*Munch. med. Woch.*, 1899, n. 43, p. 1411).

Huit observations d'otite suppurée avec accidents d'infection générale, les uns avec, les autres sans thrombose des sinus; observations détaillées et quelques autopsies.

M. N. W.

Un cas de volumineux fibrôme de l'oreille, par le Dr ARSLAN (*Rev. de laryng.*, 20 mai 1899).

Cas de tumeur rare qui remplissait le conduit, et s'insérait au fond.

L'examen histologique montra que cette tumeur, qui put être enlevée à l'eau chaude par les voies naturelles, résultait de la transformation fibreuse d'une fongosité.

RIPAULT.

NEZ et SINUS

Rhinite pseudomembraneuse à pneumocoques et à staphylocoques terminée par accidents méningitiques, par L. CHAUVEAU (*Arch. de méd. des Enfants*, déc. 1898).

Observation d'un enfant de six ans dont l'affection débuta par des signes d'obstruction nasale avec mauvais état général. Jetage. Adénopathie cervicale. La mort survint avec des signes d'infection

méningée. L'examen bactériologique n'a jamais pu décèler à aucun moment la présence de bacille de Lœffler. On a toujours trouvé du pneumocoque associé à du staphylocoque. E. L.

Un cas de rhinite diphtéritique, par D. PEDRO ROCA (*La Oto-Rino-Laringologia Española*, juillet 1898).

Il s'agit d'un enfant de 2 ans dont la sœur âgée de 4 ans était atteinte d'angine diphtérique type. Cet enfant présenta une exsudation nasale muco-purulente avec fièvre légère.

L'examen bactériologique montra que cet exsudat était bien réellement d'origine diphtérique. Le traitement par le sérum fut appliqué et l'enfant guérit de cette affection. Mais quarante-cinq jours après il fut pris de phénomènes méningitiques qui amenèrent la mort.

L'auteur se demande s'il s'agit bien dans ce cas de méningite tuberculeuse, comme on l'a cru, ou si la méningite n'est pas due au bacille diphtérique.

Quoi qu'il en soit, cette observation est intéressante à cause de la localisation de la maladie aux seules cavités nasales.

H. DU F.

Turbinectomie pour améliorer l'obstruction nasale et l'asthme, par W. DOWNIE (*Glasgow Hospital Reports*, 1898).

L'auteur rapporte l'histoire de soixante-quatre turbinectomies pratiquées sous ses yeux, dans son service, chez vingt-sept individus qui souffraient d'obstruction nasale et de troubles respiratoires consécutifs. D. exclut de cette statistique les tumeurs de la cloison et de l'arrière-nez. Il semble qu'une pratique de ce genre soit l'imitation de ce qui a été fait dans le temps par Hack, de Fribourg, dont la méthode fut alors très critiquée.

Les malades en question sont en général des nerveux chez lesquels une opération de cette nature et de cette étendue peut amener de bons résultats, mais on n'oubliera pas que ce n'est pas la règle absolue.

A. G.

Le bain nasal, par DEPIERIS (*Archiv. internat. de laryng.*, mars-avril 1899).

D. passe en revue le but du bain nasal, et sa technique, soit qu'on emploie l'appareil d'Urbantschitsch, soit que l'on se serve du vase de Fraenkel, ou de la pipette de l'auteur.

Le bain nasal a cette supériorité que, même mal administré, il ne saurait jamais être nuisible. Il a sur la douche nasale le gros avantage de baigner tous les recoins de la cavité du cavum.

L. EGGER.

De la thérapeutique des maladies du nez et du larynx. Observations faites à la clinique du prof. Chiari, par F. HANSZEL (Wien. Klin. Woch., 1898, p 1120).

Il passe de quatre mille à cinq mille malades par an dans cette clinique ; aussi y peut-on juger de la valeur d'un certain nombre de topiques récents et anciens.

L'orthoforme a été utilisé en poudre et en pommade à 10 % ; sous forme de poudre il a été appliqué dans les cas de tuberculose douloureuse, d'herpès, de pemphigus des voies respiratoires supérieures, comme topique sur les plaies opératoires du nez et enfin dans l'empyème de l'antre d'Highmore ; la pommade a servi pour l'eczéma et les rhagades. L'orthoforme s'est montré un anesthésique local sûr et d'action durable, même dans les cas de dysphagie très sérieuse. Son action est nulle lorsque l'épiderme ou l'épithélium sont intacts ; il n'a été observé aucune espèce d'accidents. La pommade n'a pas été très utile dans l'eczéma des narines.

L'iode et le mentholvasogène ; les formules employées étaient les suivantes :

Iode	6
Vasogène	94
Menthol	2
Vasogène	98

L'iodovasogène à 6 % est trop irritant et partant inutilisable pour le nez, il donne de bons résultats dans le catarrhe sec du pharynx et du larynx et dans la syphilis, mais ces résultats ne sont pas supérieurs à ceux obtenus par la glycérine iodée. Le mentholvasogène est également beaucoup plus irritant que la vaseline mentholée, probablement à cause de la présence constante d'ammoniaque, qu'il faudrait arriver à enlever complètement.

L'anésine, en tant que succédané de la cocaïne, a donné des résultats défavorables, le pouvoir analgésique étant insignifiant.

Les eaux de *Gleichenberg* (sources Emma et Constantin) ont été ordonnées couramment en gargarisme dans la pharyngite sèche, la pharyngite catarrhale subaiguë, en inhalations dans la laryn-

gite et la trachéite chronique et dans la tuberculose au début, enfin à l'intérieur ; les effets obtenus sont tout à fait excellents, pourvu qu'on exclue tous les cas à tendance hémorragique.

L'*Airol*, ses effets antiseptique et modificateur, modérateur de la sécrétion des muqueuses ne se sont jamais démentis ; il a été employé en poudre soit sous forme de gaze à l'*airol* à 10 %.

Le *Traumatol* employé de la même manière doit être considéré comme un bon topique ; pourtant son effet anesthésique, souvent vanté, n'a jamais pu être constaté.

Le *Xéroforme* est, comme les deux substances précédentes, préférable à l'*Iodoforme* ; toutes trois sont presque inodores, ne produisent jamais les effets accessoires de l'*Iodoforme*. La plus desséchante des trois est l'*airol* ; leur pouvoir antiseptique est à peu près équivalent.

M. N. W.

De l'extirpation rapide des pseudo-polypes naso pharyngiens, par LICHTWITZ (*Archives internat. de laryng*, nov.-déc. 1898).

Pour les pseudo-polypes caractérisés par la minceur de leur pédicule, cette méthode ne nécessitant aucune opération préliminaire s'impose. Suivent sept observations : dans la première, l'auteur extirpa la tumeur par la bouche en procédant par arrachement au moyen d'une forte pince ; dans les autres cas, il détacha le pédicule par le nez avec le crochet de Lange. Il n'a jamais eu d'hémorrhagie opératoire, ni post-opératoire.

L. EGGER.

Des sarcomes du nez. Etude histologique, par G. MARTUSCELLI (*Archivii ital di Laringologia*, 1897, 3^e fasc.).

L'auteur donne la relation des 5 cas qu'il a observés. Il résume d'abord l'historique de cette question d'une manière très complète, puis il donne l'analyse histologique de ces cinq tumeurs, aussi détaillée que possible.

La durée d'évolution de ces tumeurs est de deux à trois ans ; on les rencontre entre quatre et soixante ans aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Les formes les plus fréquentes sont le sarcome fuso-cellulaire et le fibro-sarcome et ensuite le sarcome globo-cellulaire et l'ostéo-sarcome.

Les formes les moins communes sont :

Le mélano-sarcome ;

Le sarcome endothélial ;

Le sarcome télangiectasique ;
Le sarcome ossifiant ;
Le myxo-sarcome.

Le pronostic n'en est pas aussi grave que celui de ces mêmes tumeurs dans les autres régions.

Les sarcomes du nez sont en général dus à la transformation de tumeurs bénignes préexistantes, ce qui explique leur longue évolution.

H. DU F.

Tableau statistique de cent soixante-neuf autopsies de sinus de la face. Rapports des empyèmes de ces sinus avec les maladies générales. par P. LAPALLE (*Archives internat. de laryng.*, mai-juin 1899).

Les sinusites maxillaires viennent en tête au point de vue de la fréquence. Les sinusites sphénoïdales sont au second rang. Les ethmoïdites et les empyèmes frontaux sont respectivement à la troisième et à la quatrième place.

Quant aux affections générales dans lesquelles l'auteur a rencontré le plus d'empyèmes, les voici par ordre de fréquence : maladies pulmonaires aiguës, tuberculose pulmonaire ou méningée, cancer, maladies de cœur, affections du cerveau, maladie du rein.

L'auteur est enclin à penser qu'elles ont créé un terrain propice, de moindre résistance, par la déglutition incessante de pus et l'intoxication générale de l'organisme.

L. EGGER.

Empyème frontal se déversant dans le sinus maxillaire, par FURET (*Archives internat. de laryng.*, nov.-déc., 1898).

Observation très instructive : le diagnostic d'empyème fronto-maxillaire étant posé avec certitude, le sinus frontal est largement ouvert et cureté ; l'intervention sur le sinus maxillaire dut être renvoyée en un autre jour ; on se contenta de faire une ouverture dans le méat inférieur, au moyen d'un gros trocart. Au bout de peu de jours, l'eau de lavage du sinus maxillaire ressort propre ; l'opération sur cette cavité est rejetée et trois mois après l'éclairage des deux sinus maxillaires donnent la même transparence à droite et à gauche.

L. EGGER.

Traitement chirurgical des sinusites nasales, par L. J. HAMMOND
(*Philadelphia Polyclinic*, n° 24, Laryngoscope, août 1898).

Au point de vue de la fréquence de l'affection, H. classe en première ligne la région ethmoïdale antérieure, puis la sphénoïdale, la frontale et enfin la maxillaire. Si l'odorat est troublé, c'est qu'on est en présence d'un envahissement des cellules ethmoïdales antérieures qui sont en relation anatomique avec le bulbe olfactif. L'auteur recommande le traitement chirurgical radical au moyen de la curette, suivi de lavages du nez avec une solution boriquée deux fois par vingt-quatre heures. Si l'écoulement continue, c'est qu'il est resté du tissu malade qu'il faudra exciser.

NOUVELLES

XIII^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(Paris, 2-9 août 1900)

Extrait du Règlement.

I. — CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ AU CONGRÈS

Seront membres du Congrès :

- 1° Les docteurs en médecine qui en feront la demande ;
- 2° Les savants qui seront présentés par le Comité exécutif français.

Tout membre du Congrès recevra sa *carte d'admission* après avoir fait parvenir un versement de **25 francs** au trésorier général du Congrès, M. DUFLOCQ, 64, rue de Miromesnil, à Paris.

Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du Congrès.

En faisant parvenir leur cotisation au trésorier, les membres du Congrès devront écrire lisiblement leurs nom, qualité et adresse, et joindre leur *carte de visite* ; ils devront indiquer dans laquelle des sections ils veulent se faire inscrire.

II. — CONDITIONS D'INSCRIPTION POUR COMMUNICATIONS

Tout membre du Congrès qui désire faire une communication dans sa section devra faire parvenir le titre de sa communication au secrétaire de cette section, *avant le 1^{er} mai 1900, dernier délai* :

1^o Pour la section d'*Otologie* : à M. CASTEX, 30, avenue de Messine, Paris.

2^o Pour la section de *Laryngologie et Rhinologie* : à M. LERMOYEZ, 20 bis, rue La Boétie, Paris.

Le Dr M. BAUDOUIN, directeur de l'Institut de bibliographie de Paris, nous prie d'annoncer qu'à dater du 15 février, il a commencé à publier sous le titre de *Bibliographia medica* un recueil consacré à la bibliographie internationale des Sciences médicales sur le modèle de l'*Index medicus* américain, dont les directeurs sont les professeurs POTAIN et CH. RICHEL. La nouvelle publication paraît mensuellement par numéro de 80 pages contenant environ 4 000 indications bibliographiques.

Le bureau de la *Société Viennoise de laryngologie* a été constitué ainsi qu'il suit pour 1900. *Président* : Prof. O. CHIARI ; *vice-président*, Dr W. ROTH ; *secrétaire*, Dr E. RONSBURGER ; *trésorier*, Dr G. SCHEFF ; *bibliothécaire*, Dr L. EDSTEIN ; *secrétaires des séances*, Drs E. BIEHL, F. HANSZEL et K. MÜLLER.

Notre collaborateur et ami, le Dr HAMON du Fougeray du Mans, vient d'être nommé chargé de cours de l'éducation des enfants anormaux (sourds-muets, aveugles, idiots, etc.) à l'Université de Rennes.

La Société de Laryngologie de Londres a élu pour 1900. *Président*, F. DE HAVILLAND HALL ; *vice-présidents*, A. A. BOWLBY, W. H. STEWART, E. LAW ; *trésorier*, E. C. BEALE ; *bibliothécaire*, J. DUNDAS GRANT ; *secrétaires*, H. L. LACK et E. WAGGETT ; *conseil*, W. G. SPENCER, F. W. MILLIGAN, H. TILLEY, B. BARON, W. HILL.

La Société de Laryngologie de Maryland s'est organisée le 13 décembre dernier à Baltimore sous la présidence de J. N. MACKENZIE ; *vice-président*, S. K. MERRICK ; *trésorier*, J. R. WINSLOW ; *secrétaire*, H. HARDCASTLE.

SOCIÉTÉ OTOLOGIQUE DU ROYAUME-UNI

Ordre du jour de la séance du 5 mars.

1. U. PRITCHARD. Extraction du marteau pour une otorrhée ancienne avec perforation de la membrane flaccide. Guérison. — 2. R. LANE. a) Exostose du conduit ; b) destruction des parois externes de l'attique

avec intégrité des membranes. — 3. H. TILLEY. Anomalies congénitales des deux oreilles chez un enfant. — 4. A. CHEATLE. a) Opération radicale ; b) Récessus au dessous de l'aqueduc de Fallope. — 5. W. C. BULL. Exfoliation spontanée d'une partie de l'os pétéreux chez un enfant de trois ans. — 6. J. HORNE. Otite moyenne suppurée chronique s'étendant au labyrinthe, au sinus latéral et aux méninges.

Monument Ch. Delstanche.

Le comité d'organisation de la manifestation projetée en faveur de DELSTANCHE vient de se réunir et a décidé de placer dans la salle de la clinique otologique de l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles le buste de son sympathique fondateur.

Les souscriptions sont reçues par le Dr DELSAUX, 250 avenue Louise à Bruxelles.

Un avis ultérieur fixera la date de la cérémonie d'installation.

Comme nous l'avons déjà annoncé la *Société Italienne de laryngologie, otologie et rhinologie* tiendra sa prochaine session à Naples à la fin d'avril. La discussion sur la *tuberculose des premières voies aériennes et de l'oreille* a été répartie entre les rapporteurs suivants ; Prof MASSEI, pour la prophylaxie, MARTUSCELLI pour l'anatomie pathologique ; DALLA VEDOVA pour la bactériologie et ARSLAN pour la pathogénie et le traitement.

A propos des Congrès otologiques, nous lisons dans la *Gazzetta degli Ospedali* que c'est à la séance de la *Société américaine d'Otologie* tenue à Newport le 21 juillet 1875, que fut décidé le premier Congrès spécial. Les Drs SAINT-JOHN ROOSA, C. J. BLAKE, H. KNAPP et ORNE GREEN se constituèrent en Comité et invitèrent leurs collègues de tous pays à se réunir à New-York le 15 septembre 1876.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

Le Prof. CHIARI vient d'être nommé chef du service de Clinique Laryngologique à l'hôpital général de Vienne en remplacement du Prof. Stoerk décédé.

La *Münchener Med. Wochenschrift* annonce la mort du Dr W. MENEILL WHISTLER, le laryngologiste anglais bien connu et du Dr E. L. HOLMES, professeur d'ophtalmologie et d'otologie au Rush médical collège de Chicago.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÉDER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE RUPEPTIQUE DE CHOUDEY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie (Manuel de Laryngologie et Rhinologie de P. HEYMANN) (fasc. 34 et 35, A. Holder, éditeur, Vienne 1900).

Rôle de l'arthritisme dans la pharyngite granuleuse, par MARAGE (Comm. à l'Acad. de Méd. 5 décembre 1899).

Répertoire bibliographique des principales revues françaises pour l'année 1898, rédigé par D. JORDELL, donnant la nomenclature des articles de fond et mémoires originaux publiés dans 257 Revues de l'année 1898 : 1° par ordre alphabétique des matières ; 2° par ordre alphabétique des noms d'auteurs (Vol. de 270 p. prix 18 fr. Per Lamm, libraire, Paris 1900).

Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. I. Kopf und Hals (Atlas d'anatomie topographique humaine), par E. ZUCKERKANDL (Vol. I. tête et cou avec 219 figures dans le texte, prix 14 k. 40 h. ou 12 mk. W. Braumüller, éditeur, Vienne et Leipzig 1900).

I. On a Case of endothelial fibro angioma of the external auricular meatus (Sur un cas de fibro-angiome endothélial du conduit auditif externe). — II. On a Case of nasal hydrops (Sur un cas d'hydropisie nasale). — III. On a case of retropharyngeal abscess of auricular origin (Sur un cas d'abcès rétro-pharyngien d'origine auriculaire), par U. MELZI (Extraits du *Journ. of Laryngol.* décembre 1899 et janvier 1900).

Surdité hystérique guérie par la suggestion, par TAPTAS (Extr. de la *Rev. hebdomadaire de Lar. Otol. et Rhin.*, 1900).

L'angine épiglottique antérieure, par F. BARBERA (*Rev. Valenciana de Ciencias, Med.*, février 1900).

Le Gérant : G. MASSON.

e
,
r
-
e
e
l,
s
l.
t.
ar
if
-
-
-
9

la
a